

Année 1900

THÈSE

No

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Jeudi 31 Mai 1900, à 1 heure.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DU

RHUMATISME MUSCULAIRE

PAR LE Dr **Gustave KRIKORTZ**

Ancien élève de l'Institut Central de Stockholm

Né à Marstrand (Suède), le 1^{er} août 1870.

Président : M. RAYMOND, Professeur.

Juges : { M. MATHIAS-DUVAL, *Professeur.*
M. WEISS, } *Agrégés.*
M. TEISSIÈRE, }

PARIS

A. MALOINE, ÉDITEUR

23-25, RUE DE L'ÉCOLE-DE-MÉDECINE, 23-25

1900

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen..... M. BROUARDEL.

Professeurs.....

	MM.
Anatomie.....	FARABEUF.
Physiologie.....	Ch. RICHET.
Physique médicale.....	GARIEL.
Chimie organique et chimie minérale.....	GAUTIER.
Histoire naturelle médicale.....	BLANCHARD.
Pathologie et thérapeutique générales.....	BOUCHARD.
Pathologie médicale.....	{ DEBOVE.
	{ HUTINEL.
Pathologie chirurgicale.....	LANNELONGUE.
Anatomie pathologique.....	CORNIL.
Histologie.....	MATHIAS DUVAL.
Opérations et appareils.....	BERGER.
Pharmacologie et matière médicale.....	POUCHET.
Thérapeutique.....	LANDOUZY.
Hygiène.....	PROUST.
Médecine légale.....	BROUARDEL.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.....	BRISAUD.
Pathologie comparée et expérimentale.....	CHANTEMESSE.
	{ POTAIN.
Clinique médicale.....	{ JACCOUD.
	{ HAYEM.
	{ DIEULAFOY.
Clinique des maladies des enfants.....	GRANCHER.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques...	FOURNIER.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale.....	JOFFROY.
Clinique des maladies nerveuses.....	RAYMOND.
	{ DUPLAY.
Clinique chirurgicale.....	{ LE DENTU.
	{ TILLAUX.
	{ TERRIER.
Clinique ophtalmologique.....	PANAS.
Clinique des voies urinaires.....	GUYON.
Clinique d'accouchements.....	{ BUDIN.
	{ PINARD.

Agrégés en exercice :

MM.	MM.	MM.	MM.
ACHARD.	FAURE.	MARFAN.	THOINOT.
ALBARRAN.	GAUCHER.	MAUCLAIRE.	TUFFIER.
ANDRÉ.	GILLES DE LA TOURETTE.	MENETRIER.	VAQUEZ (AND.).
BONNAIRE.	HARTMANN.	POIRIER.	VARNIER.
BROCA (AUG.)	HEIM.	RETTIER.	WALTHER.
BROCA (ANDRÉ).	LANGLOIS.	ROGER.	WEISS.
CHARRIN.	LAUNOIS.	SEBILEAU.	WIDAL.
CHASSEVANT.	LEGUEU.	TESSIER.	WURTZ.
Pierre DELBET.	LEJARS.	THIERY.	
DUPRÉ.	LETULLE.	THIROLOIX.	

Secrétaire de la Faculté : M. PUPIN.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

598

A. M. le D^r HUCHARD

MEMBRE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

MÉDECIN DE L'HOPITAL NECKER

PRÉSIDENT DE LA SOCIÉTÉ DE THÉRAPEUTIQUE

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

M. LE PROFESSEUR RAYMOND

MEMBRE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

MÉDECIN DE L'HOSPICE DE LA SALPÊTRIÈRE

AVANT-PROPOS

Qu'il nous soit permis, au terme de la dernière étape de nos études médicales, d'obéir à un profond sentiment de respectueuse reconnaissance qui nous fait un devoir de remercier publiquement M. le docteur Huchard, qui a été pour nous plus qu'un maître bienveillant, et qui n'a cessé de nous témoigner une grande bonté dès notre année de stage dans son service de l'hôpital Necker. Nous le remercions encore pour l'indépendance qu'il accorde à l'esprit de ses élèves, et dont nous avons peut-être trop usé dans notre modeste thèse.

M. le Dr Stapfer nous a fait profiter de son enseignement vraiment clinique dans son service de kinésithérapie de l'hôpital Beaudelocque. Nous lui adressons nos très sincères remerciements.

Nous sommes très heureux de pouvoir assurer publiquement M. Ovion, chirurgien de l'hôpital Saint-Louis, de Boulogne-sur-Mer, de notre vive gratitude pour la grande bienveillance qu'il nous a montrée. C'est à lui que nous

devons la majeure partie des quelques notions de chirurgie que nous possédons.

Que M. le Pr Raymond veuille bien agréer l'hommage de notre profonde reconnaissance pour l'honneur qu'il nous a fait en acceptant la présidence de cette thèse.

INTRODUCTION

Le rhumatisme musculaire était autrefois considéré comme une affection extrêmement fréquente. Il l'est encore pour un petit nombre d'auteurs, notamment pour les auteurs de livres sur le massage qui le décrivent généralement sous le nom de myosite, ou myite. Mais, d'une façon générale, on peut dire que, depuis quelques années, on fait le silence autour de cette forme de rhumatisme. Les grands traités n'en parlent presque pas, ou s'ils en parlent, c'est toujours avec un certain scepticisme quant à la réalité de l'existence de cette affection.

Les raisons de ce changement d'opinion sont multiples. La plus importante de ces raisons est certainement la connaissance plus approfondie de la pathologie nerveuse qu'ont apportée les travaux des trente ou quarante dernières années, qui ont permis de reconnaître comme des manifestations morbides du système nerveux des douleurs, paralysies, atrophies, contractures, etc., mises autrefois sur le compte du rhumatisme musculaire.

Ce nom, qui trop souvent ne servait qu'à masquer l'ignorance de la nature réelle de la maladie, devait dis-

paraître ou subir une réforme dans sa signification. Le rhumatisme musculaire devait être démembre.

Déjà en 1877, Ziemssen, parlant du rhumatisme musculaire, s'exprimait de la façon suivante : « L'existence de cette catégorie nosologique trouve son explication seulement dans notre ignorance de certaines manifestations douloureuses de l'appareil musculaire et d'un besoin pratique de leur donner un nom. Du moment qu'une de ces affections devient anatomiquement connue, qu'on trouve une lésion matérielle, ou qu'elle se révèle comme un symptôme seulement d'une autre maladie, elle s'élimine immédiatement, d'elle-même, du cadre du rhumatisme musculaire ».

Le torticolis et le lumbago musculaires méritent tout particulièrement d'être cités comme des exemples de ce démembrement. Leur origine musculaire était autrefois considérée comme très fréquente. La démonstration faite par MM. Lannelongue, Robin et Londe, Erben, de l'origine articulaire de ces manifestations rhumatismales, a jeté un véritable discrédit sur le rhumatisme musculaire en général, à tel point qu'actuellement on n'ose presque pas en parler, sous peine d'être considéré comme quelque peu retardataire.

Nous croyons que, dans le procès du rhumatisme musculaire, on a été un peu trop pressé à prononcer la condamnation définitive. Le démembrement n'était pas encore assez complet. Il restait, de l'ancien rhumatisme musculaire, certaines manifestations, notamment des infiltrations œdémateuses des muscles et du tissu conjonctif qui n'avaient pas encore trouvé leur place dans les nou-

veaux cadres nosologiques, et qui, à la suite du discrédit dans lequel était tombé tout le rhumatisme musculaire, restaient trop négligées ou même ignorées.

F. A. Hoffmann (*Lehrbuch der Konstitutionskrankheiten*, 1893), qui a repris l'étude des observations de Froriep, de qui les indurations musculaires rhumatismales ont reçu leur nom (callosités de Froriep) — malgré l'idée préconçue d'en faire le démembrement complet — arrive néanmoins à conclure qu'après l'élimination de tout ce qui peut recevoir un autre nom, il en reste un groupe, « où l'on est forcé de reconnaître qu'il s'agit réellement d'exsudations et de néoformations fibreuses musculaires ». L'objection principale de Hoffmann contre le rhumatisme musculaire comme entité morbide est celle-ci : « Les soi-disant callosités musculaires, dit-il, ne sont autre chose qu'un épaissement du tissu fibreux, des aponévroses et des fascias. Elles sont entièrement comparables aux épaissements des capsules articulaires ». Mais il ajoute tout de suite que les muscles se laissent pénétrer par le processus pathologique du tissu fibreux, aussi bien que les os eux-mêmes qui souffrent à la longue de ce même processus.

L'auteur est probablement dans le vrai, quand il affirme que le tissu conjonctif est primitivement affecté. Aussi, nous ne donnons point un sens anatomique précis au terme rhumatisme musculaire. Nous le mettons simplement en opposition avec le rhumatisme articulaire. La qualification de *musculaire*, attribuée à l'affection dont nous voulons parler, est utile à conserver, parce que ce sont les muscles qui, le plus souvent, y donnent les principaux caractères cliniques.

Les manifestations morbides que nous avons l'intention de décrire appartiennent, pour la plupart du moins, à la classe des œdèmes rhumatismaux ou névropathiques. En dehors des localisations sur les tissus conjonctifs et musculaires de la périphérie, ce genre d'œdème peut aussi envahir des organes internes, comme le larynx, l'intestin et l'appareil utéro-annexiel ; nous ne parlerons que tout à fait en passant de ces localisations viscérales ; nous nous bornerons à parler des localisations sur les muscles du squelette et sur le tissu conjonctif qui les entoure.

Le sujet sera encore beaucoup trop vaste pour que nous puissions prétendre à le traiter d'une façon complète, vu surtout que le rhumatisme musculaire, comme nous le concevons, n'est souvent que symptomatique d'une maladie viscérale ou diathésique. Il faudrait donc que, pour être complet, nous établissions dans quelles conditions elle peut se compliquer de manifestations rhumatismales périphériques et, par conséquent, que nous passions en revue presque toute la pathologie interne. Ceci serait évidemment au-dessus de nos ressources.

Nous n'avons d'autre prétention que d'indiquer, d'une façon sommaire, ce qu'il faut penser, dans l'état actuel de la science, du rhumatisme musculaire comme entité morbide et comme symptôme.

CHAPITRE PREMIER

Historique.

Nous avons dit, dans notre chapitre d'introduction, que les anciens auteurs avaient fait un véritable abus du diagnostic de rhumatisme musculaire et du tissu conjonctif. De ceci nous n'avons besoin d'apporter comme preuve que la définition suivante, formulée par Monneret : « Tous les muscles, ceux de la vie végétative comme ceux de la vie de relation, peuvent être le siège de rhumatisme. Le meilleur caractère consiste dans l'altération profonde de la fonction de l'organe. Sans doute, il y a des congestions musculaires et des phlegmasies ou myosites ; mais la manifestation la plus habituelle du rhumatisme musculaire est le trouble pur et simple de la fonction, la névrose, la myosalgie, ou la névralgie avec ses symptômes habituels, la douleur, les convulsions, les contractures et les paralysies. Le rhumatisme musculaire se manifeste ordinairement par une douleur, plus ou moins vive, qui a son siège dans un seul muscle. »

Point n'est besoin de réfléchir longtemps pour se rendre

compte que presque toute la pathologie nerveuse a été comprise par Monneret dans sa définition du rhumatisme musculaire.

Ces lignes représentent, croyons-nous, assez fidèlement l'opinion généralement admise par les médecins de la première moitié du siècle et même par quelques-uns plus modernes, puisqu'elles ont été écrites en 1865. La définition de Monneret ne diffère pas beaucoup de celle de Chomel, bien antérieure, qui avait pourtant été plus précis et moins généreux en attribuant au rhumatisme musculaire comme caractères essentiels : 1° Siège dans le tissu fibreux ; 2° Mobilité, extrême facilité de se déplacer d'un point de l'économie à l'autre ; 3° Intermittence, c'est-à-dire alternatives plus ou moins fréquentes et plus ou moins soudaines de disparition et de réapparition ; 4° la diversité des formes. Chomel, lui aussi, repousse tout caractère phlegmasique ou inflammatoire du rhumatisme musculaire. Pour lui, comme pour Monneret, la douleur est le symptôme essentiel, constant, caractéristique. C'est une myalgie ou myodynne, pas une myosite. Grisolles est du même avis. « Aucune analogie, dit-il, n'existe entre la myosite et le rhumatisme musculaire, qui est une affection mobile très douloureuse, ne s'accompagnant d'aucun changement appréciable dans la texture de l'organe : le muscle malade n'est donc pas induré, comme nous le voyons dans la myosite. »

Bouillaud avait pourtant attribué déjà un caractère fluxionnaire à l'affection. Avec les très importants articles du *Dict. des Sc. Méd.* (1877), « La pathologie musculaire » et « Le rhumatisme musculaire », par MM. Hayem et Bes-

nier, nous arrivons à des idées plus justes et des faits mieux observés. M. Hayem divise les inflammations musculaires en protopathiques et deutéropathiques, ou symptomatiques d'une maladie générale. La myosite protopathique peut être subaiguë, lorsque la phlegmasie est peu intense, aiguë franche ou suraiguë avec des phénomènes généraux d'une gravité exceptionnelle. Finalement, il y a la myosite ossifiante progressive. Le rhumatisme musculaire est rangé par M. Hayem parmi les myosites deutéropathiques.

Au point de vue anatomique, les myosites sont hyperplasiques ou suppuratives. L'inflammation hyperplasique est celle où les troubles de nutrition cellulaire prédominent. Dans un chapitre spécial, M. Hayem traite « l'hyperkinésie » musculaire, qui est « plus souvent symptomatique d'une affection du système nerveux que d'une altération des muscles ». Ces contractures « d'origine *a frigore* ou rhumatismale ne sont pas toujours des états aigus, passagers » ; assez souvent les contractures deviennent chroniques. Alors s'établissent ces lésions musculaires partielles, qui persistent « pendant un temps très long » ou constituent des difformités incurables. L'affection porte sur un ou plusieurs muscles d'une région ; quelquefois encore elle reste localisée à une portion de muscle bien limitée, une des portions du trapèze, par exemple. Elle est caractérisée par une sorte de tumeur ou nodosité musculaire due au raccourcissement avec induration du muscle malade, et par une déformation de la région qui dépend des déplacements osseux et des déformations articulaires, qu'entraîne la lésion musculaire » (Hayem).

M. Besnier n'accorde pas un caractère fluxionnaire au rhumatisme musculaire. « Toutes les fois, dit-il, qu'il existe des phénomènes physiques manifestes : gonflement, dureté, saillie, douleur vive à la pression, rougeur de la peau, on a affaire à une myosite vraie et non à un rhumatisme musculaire ». Cette affection ne serait pourtant une simple douleur *sine materia*, puisqu'il dit ailleurs : « Assurément les altérations ne sont pas aussi intenses, aussi avancées, aussi profondes dans le rhumatisme commun des muscles (que dans les muscles voisins des articulations, dans le rhumatisme articulaire)... Il est plus que vraisemblable que les lésions diffèrent peu de ce qui vient d'être décrit pour le rhumatisme articulaire aigu (fibres musculaires rigides, gonflées et légèrement granuleuses, métamorphose vitreuse pour d'autres). C'est ici une affaire de degré, et pour les cas les plus simples et les plus légers, l'hyperémie, les dilatations vasculaires, quelques exsudations conjonctives, et quelques troubles trophiques, souvent permanents, malgré l'intermittence des crises douloureuses, constituent très probablement la lésion propre ». Plus loin, citant le Pr Jaccoud, M. Besnier ajoute : « La fluxion est le point de départ du processus rhumatis-mal : quand elle existe seule, elle est mobile, se déplace ou disparaît ; à un degré de plus, elle provoque dans le tissu qu'elle occupe une transsudation séreuse qui peut être ou ne pas être constatée à l'autopsie ; plus intense, elle marche avec une exsudation fibreuse, coagulable, et alors elle se présente suivant son âge sous forme d'une infiltration diffuse ou de nodosités circonscrites ». C'est la même description qu'en avait donné Froriep déjà en 1834

dans son livre intitulé : *Die rheumatische Schwiele*, Weimar 1834.

Les rares auteurs qui, depuis 1877, ont parlé du rhumatisme musculaire, lui ont, presque tous, attribué un caractère phlegmasique ou fluxionnaire. Ils n'ont généralement fait ce diagnostic qu'avec des signes objectifs, palpables. Il est, par conséquent, certain que ce diagnostic, quand il a été fait dans ces vingt ou vingt-cinq dernières années, ne s'applique pas aux mêmes cas que ceux dont parlaient les auteurs anciens, à moins qu'il ne faille admettre que ceux-ci n'aient pas suffisamment cherché les signes locaux.

Nous emprunterons les lignes suivantes à M. Auscher, cité par M. Censier (Cœur, Vaisseaux), qui sont un exemple de la signification qu'ont donnée les auteurs modernes au terme « Rhumatisme musculaire » :

« Dans la littérature contemporaine, dit-il, le terme de rhumatisme s'applique à des états dissemblables :

« 1°

« 2°

« 3° Des manifestations à caractère souvent fluxionnaire et douloureux, ayant pour siège les appareils pleuro-pulmonaires, cardiaques, nerveux, musculaires, cutanés, etc. Ces manifestations, dont la nature rhumatismale ne saurait faire de doute alors qu'elles s'accompagnent de déterminations articulaires, n'en sont pas moins rhumatismales alors que les artropathies font défaut (rhumatisme musculaire, etc.). »

Les infiltrations diffuses et les nodosités circonscrites

(callosités de Froriep) sont précisément ce à quoi aboutissent les diverses formes de myosite, pourvu qu'elles passent à l'état chronique. Aussi quand on veut essayer de tracer les caractères distinctifs entre les formes légères de myosite et le rhumatisme musculaire, on arrive fatalement à conclure qu'il n'existe pas de limites précises entre ces deux affections. L'une se confond avec l'autre. Ici le diagnostic différentiel n'est qu'une question du degré de l'intensité de la douleur et des signes locaux. Cela veut-il dire que le rhumatisme musculaire doit être rayé complètement du cadre nosologique ?

Nous ne le pensons pas, car, même sans attacher une importance quelconque aux caractères de mobilité et d'intermittence tant vantés par les auteurs, mais qui peuvent parfaitement exister dans les formes de polymyosite les plus graves, mortelles, et qui, d'autre part, peuvent manquer dans le rhumatisme, on peut en trouver d'autres qui, pour les besoins de la clinique, permettent de maintenir la notion du vieux rhumatisme musculaire, un peu modifiée, il est vrai.

Ce n'est pas dans l'anatomie pathologique que nous devons les chercher. Elle est trop peu connue — et pour cause, car les occasions de faire des autopsies pendant les attaques de cette affection essentiellement bénigne, souvent éphémère et trop rarement diagnostiquée, ne se sont pas souvent présentées. La prédominance des lésions dans le tissu fibreux, par rapport au tissu musculaire proprement dit, ne peut servir de caractère différentiel, car, même dans la myosite vraie, on a toujours trouvé des lésions diffuses, intéressant également les tissus fibreux

péri et intra-musculaires et les fibres musculaires elles-mêmes.

Nous avons déjà vu que les signes subjectifs et locaux ne permettent pas d'établir une distinction valable entre la myosite et le rhumatisme musculaire. En effet, il peut parfaitement y avoir de la tuméfaction, du changement de consistance dans le rhumatisme musculaire. Nous dirons même que cela constitue un signe capital, indispensable pour qu'il soit permis de faire ce diagnostic.

Nous n'admettons des exceptions que lorsque la configuration anatomique de la région malade ne permet pas de voir ou de sentir assez distinctement la masse musculaire supposée malade par analogie avec d'autres masses musculaires, plus accessibles à la palpation et le siège simultané des mêmes phénomènes subjectifs.

Si ni l'anatomie ni la symptomatologie ne permettent d'établir une distinction entre la myosite et le rhumatisme musculaire, il n'en est pas de même avec l'étiologie. Nous pensons que celle-ci va nous permettre d'établir une définition suffisamment précise pour justifier notre opinion, à savoir qu'il y a lieu de maintenir le vieux terme rhumatisme musculaire, avec toutefois quelque modification de son ancienne signification.

Le mot « myosite » signifie « inflammation du muscle ». Il est donc absolument logique de ne pas lui donner d'autre signification, de réserver ce terme pour les cas où le muscle est enflammé, que cette inflammation soit le résultat d'une infection locale ou la manifestation locale d'une infection générale, d'une sépticémie, d'une embolie microbienne. Une observation typique de ce genre de myosite se

trouve relatée dans le *Journal de Médecine de Bordeaux* du 31 octobre 1397, par M. Braquehay. Il s'agissait d'une myosite du biceps d'origine blennorragique. Dans la syphilis, on en rencontre d'exactlyment semblables. M. Fournier en raconte un cas dans son *Traité de la Syphilis*, Fasc. II, Des observations de ce genre ne manquent pas. Nous n'avons voulu signaler que ces deux là, parcequ'elles sont typiques. Pour être complet, nous devons signaler que de semblables myosites peuvent s'observer sous l'influence d'une irritation produite par certains parasites, en particulier la trichine.

D'autre part, il faut bien admettre que toutes les manifestations rhumatismales qu'on observe au cours d'une infection générale ou locale, et qui en résultent, ne sont pas nécessairement de nature inflammatoire. Elles peuvent aussi être sous la dépendance du système nerveux, des nerfs ou de la moelle, sur lequel les microbes ou leur toxine exercent leur action nocive. On peut alors observer des œdèmes aigus circonscrits, névropathiques ou myélopathiques, *rhumatismaux*. M. Davaine en rapporte un exemple dans son « Etude sur le rhumatisme (*Thèse de Paris*, 1879). Une femme présentait, au cours d'une maladie infectieuse (écoulement muco-purulent du vagin), diverses manifestations rhumatismales, articulaires et autres. Entre autres, était un œdème qui envahissait la main et le bras droit, pour remonter ensuite jusqu'au tiers supérieur de la face, où il s'arrêta assez brusquement. Cet œdème était résistant, sans aucun changement de coloration de la peau.

Son développement ne s'accompagnait d'aucune sensation spéciale et se faisait à l'insu de la malade. Cependant

la pression du doigt, en quelque point qu'on l'exercât, déterminait une vive souffrance. Pas de cordon dur, douloureux, indiquant l'existence d'une phlébite. Pas de ganglions dans l'aisselle. Pas d'albumine. M. Mathieu, parlant de ce cas, émet l'opinion qu'il s'agissait d'un œdème myélopathique.

Après l'élimination du cadre du rhumatisme musculaire de toutes les myosites infectieuses, à l'exception de la myosite rhumatismale proprement dite, il reste encore, pour former la grande classe du rhumatisme musculaire, quatre catégories étiologiques d'affections musculaires, à savoir :

1° Les déterminations musculaires de l'infection rhumatismale, qui sont indépendantes des lésions articulaires ;

2° Des infiltrations et indurations musculaires aiguës et chroniques, produites par le surménagement local ;

3° Des œdèmes circonscrits aigus ou chroniques (indurés) d'origine névropathique et qui sont une des causes les plus fréquentes des douleurs dont souffrent les personnes en possession de la diathèse arthritique et rhumatismale ;

4° Des œdèmes aigus ou chroniques, d'origine névropathique et symptomatiques de maladies viscérales.

CHAPITRE II

Rhumatisme musculaire essentiel

On ne trouve que de rares exemples dans la littérature médicale de la première catégorie de cas de rhumatisme musculaire, c'est-à-dire ceux où le muscle est pris, *pour son propre compte*, avant, pendant ou après une attaque de rhumatisme articulaire et sans qu'on puisse invoquer d'autre cause que l'infection rhumatismale.

Les muscles voisins d'une articulation malade sont très souvent pris, comme l'a démontré M. Hayem. Mais ceci n'est que par propagation de la maladie articulaire.

Le muscle n'est pas malade pour son propre compte. Nous n'en parlerons pas. Il peut sembler illogique de ne pas ranger dans la classe des myosites ces localisations musculaires de l'infection, qui donne lieu le plus généralement à la maladie qu'on appelle le rhumatisme articulaire aigu. Cette objection serait absolument fondée, nous l'avouons. Pourtant, nous n'avons pas hésité à les comprendre dans notre description du rhumatisme musculaire, et cela pour deux raisons. La première est que ces locali-

sations-là sont peu connues, et nous avons pensé qu'il était utile de les signaler. La seconde raison est celle-ci : il ne servirait qu'à augmenter la confusion des termes déjà trop grande, si l'on ne comprenait pas dans le rhumatisme musculaire les cas où le rhumatisme, dans son sens le plus précis, c'est-à-dire l'infection qui donne lieu au rhumatisme polyartculaire aigu, est la cause de l'affection musculaire.

Leube (*Deutsche Med. Wochenschrift*, 1894) a publié une étude intéressante du rhumatisme musculaire, qu'il met en parallèle avec le rhumatisme articulaire. Ils peuvent aller ensemble, L'un peut se transformer dans l'autre. Le rhumatisme musculaire, aussi bien que le rhumatisme articulaire, peut se compliquer de pleurésie, d'albuminurie, d'endocardite (cette complication a été signalée aussi par M. Henschen, d'Upsal).

La fièvre n'existerait que dans les deux tiers des cas. La température peut s'élever rapidement à 38 ou 39°. Dans d'autres cas elle est irrégulière, surtout vers la fin de la maladie. M. Eichhorst (*Handbuch des spec. Path. u. Ther.*) dit aussi que, dans la plupart des cas, il n'y a pas de fièvre. Les symptômes généraux montrent qu'il s'agit d'une maladie générale, non d'une affection purement locale, mais dans la plupart des cas, les douleurs musculaires sont le premier symptôme. A un moment donné, il y avait dans le Juliusspital de Wurzburg à la fois un tel nombre de malades de rhumatisme musculaire (la moitié d'une salle), qu'on peut réellement dire que c'était une épidémie. Comme symptômes locaux, M. Leube ne parle que de la douleur.

Une observation très importante se trouve relatée dans le *Deutsche Med. Wochenschrift* de 1896, par M. B. Laquer. Etant très instructive, nous la reproduisons presque entière.

OBSERVATION I

Il s'agit d'un peintre, âgé de 38 ans, qui déjà, à plusieurs reprises, avait eu des gonflements au bras droit, mais ayant guéri sans intervention. En 1890, M. Laquer vit le malade pour la première fois. Il avait alors une attaque plus grave que les autres. Les symptômes généraux étaient assez accusés pour tenir le malade au lit. Son biceps droit était douloureux, gonflé, de consistance pâteuse; la peau était rouge. Malgré des médications multiples (salicylate de soude, antipyrine, morphine, etc.), il n'y eut pas d'amélioration et la température s'élevait à 38°5. On fit alors une incision du biceps, jusqu'au périoste. Microscopiquement ni le muscle, ni le périoste ne montraient d'altérations pathologiques. Mais l'incision procura un grand soulagement au malade et même une rapide guérison.

En 1892 et 1893, nouvelles attaques semblables mais sans gravité.

En 1894 le malade eut une nouvelle attaque, semblable à celle de 1890. Le biceps droit était dur comme du bois, douloureux partout, la peau était rouge. Le coude était en flexion *ad maximum*. Pas de fluctuation. La circonférence du bras droit était de deux centimètres plus grande que celle du bras gauche. On fit une nouvelle incision, parallèle à la cicatrice de l'ancienne, jusqu'au périoste. Microscopiquement, le muscle et le périoste étaient normaux. Mais le tissu cellulaire sous-cutané était œdémateux et infiltré. On excisa une parcelle du biceps et le paquet ganglionnaire qui est situé en dedans du tendon de ce muscle. Les douleurs diminuèrent peu à peu, l'ankylose du coude également, et six semaines après le bras fonctionnait

normalement. Le muscle avait repris sa consistance normale. Massage. Deux mois plus tard, le malade eut une attaque de rhumatisme articulaire aigu qui touchait exclusivement les membres inférieurs.

L'examen microscopique de la parcelle de muscle excisée ne montrait rien d'anormal, mais dans le ganglion lymphatique on notait une prolifération cellulaire très abondante. La tunique interne des vaisseaux, très nombreux, était épaissie.

En discutant le diagnostic de cette maladie, M. L. passe en revue plusieurs hypothèses. L'intoxication par le plomb devrait être exclue, malgré la profession du malade, car il ne présentait d'autres symptômes et ne s'y était du reste jamais exposé, comme l'enquête le montra. La syphilis de même. Par exclusion, il fallait s'arrêter au diagnostic de myosite interstitielle (induration rhumatismale de Frohiep). Le surmenage professionnel du bras avait probablement joué un rôle.

Il convient de faire remarquer la ressemblance manifeste entre cette « myosite interstitielle » et le « pseudo-phlegmon » de MM. Guyon et Kirrnisson, toujours rangé par les auteurs parmi les manifestations rhumatismales.

Une autre observation du même genre a été relatée par M. Risse dans le *Deutsche Med. Wochenschrift* en 1897. Nous la résumerons parce qu'elle est très instructive au point de vue des erreurs de diagnostic auxquelles peut donner lieu le rhumatisme musculaire, si l'on n'est pas prévenu.

OBSERVATION II

Il s'agissait d'un homme de 35 ans, à antécédents rhumatismaux, qui était atteint simultanément de rhumatisme polyartculaire aigu et de rhumatisme musculaire des jambes et des

cuisses. Les masses musculaires étaient gonflées, œdémateuses et dures « comme de la pierre ». Aux cuisses, la masse des adducteurs était surtout atteinte. Les muscles fessiers étaient normaux. Même les muscles abdominaux furent atteints. Nous traduirons ici textuellement l'observation de M. Risse.

« Une nuit on vint me chercher pour aller chez mon malade qui souffrait de douleurs très vives dans le ventre. Ces douleurs avaient commencé à 10 h. du soir. L'examen du malade me permit de dire que les organes internes n'étaient pas la cause de la douleur. Celle-ci siégeait uniquement dans la paroi abdominale. On ne pouvait constater d'œdème ni de dureté comme aux muscles de la jambe. On pouvait faire des plis à la peau sans provoquer de douleur, mais celle-ci était très vive quand on essayait de saisir en même temps les aponévroses et les muscles. Les douleurs étaient limitées exclusivement au côté gauche, aux muscles obliques et lombaires. Le grand droit gauche était normal, ainsi que tous les muscles du côté droit. On pouvait exercer une pression sur le ventre à droite et sur le grand droit gauche sans éveiller la moindre douleur. A gauche, la pression était vive, avant même qu'elle eût pu arriver aux viscères. Une injection de morphine calmait la douleur. Le matin, toute douleur spontanée était disparue ». Trois jours plus tard, il n'y avait même plus de douleur à la pression.

Il est évident que, si l'on n'était pas prévenu de la possibilité de telles manifestations musculaires, une pareille symptomatologie pourrait imposer pour tout autre chose que pour un rhumatisme musculaire, surtout si celui-ci se localisait à droite.

A la fin de son observation M. Risse fait les réflexions suivantes : » Les inflammations musculaires, dit-il, que je viens de décrire se distinguent, comme on le voit, comme

des vraies myosites, du rhumatisme musculaire commun qui peut présenter des douleurs aussi vives, mais non un gonflement aussi rapide. La différence n'est pourtant pas essentielle, puisque l'on peut observer des gonflements légers aussi dans le rhumatisme musculaire ».

L'on voit que, si l'on veut faire de l'intensité des signes locaux un caractère différentiel entre les myosites et le rhumatisme musculaire, dans la pratique cette distinction est bien difficile à maintenir. Elle mènerait à exclure du rhumatisme musculaire les manifestations musculaires du rhumatisme lui-même. Ce serait vraiment compliquer inutilement les choses; l'étiologie seule peut servir à faire cette distinction.

Comme Leube le fait remarquer, le rhumatisme musculaire, aussi bien que le rhumatisme articulaire, peut être suivi de complications cardiaques. L'observation suivante de Henschen en est un exemple.

OBSERVATION III (Résumée)

Rhumatisme musculaire aigu, dilatation aiguë du cœur suivie de rétraction.

(Henschen, Om akut hjertdilatation, Upsala 1898).

Antécédents héréditaires. — Le père et une sœur rhumatisants. Le malade lui-même n'a pas d'antécédents pathologiques.

Il est tombé malade, il y a deux semaines, à la suite d'un refroidissement. Il souffrait dans les muscles de la cuisse et dans la région fessière. Rien aux articulations dont la mobilité était normale.

Examen. — Temp : 38°2 ; traces d'albumine dans l'urine. Douleurs dans les muscles de la cuisse gauche et dans la jambe.

quand le malade fait des mouvements. Les articulations sont normales.

Cœur. — La pointe bat dans le cinquième espace, 2 centimètres en dehors de la ligne mamelonnaire. La matité atteint la même limite. Pouls : 98.

Neuf jours plus tard, le malade était guéri des douleurs. Le cœur s'était rétracté et n'arrivait plus qu'à un centimètre en dehors de la ligne mamelonnaire.

Traitement. — Salicylate de soude, bains, massage.

REMARQUE. — Le Pr Henschen ne dit pas, s'il y avait des lésions palpables dans les muscles. Mais il est évident qu'une simple douleur sans substratum anatomique ne pourrait causer des symptômes cardiaques.

Dans les deux premières observations que nous venons de citer, les déterminations musculaires étaient accompagnées, précédées ou suivies de déterminations articulaires rhumatismales et nulle autre étiologie ne pouvait être invoquée que le rhumatisme.

Dans l'observation III il n'y avait ni avant, ni pendant l'affection musculaire des manifestations articulaires. Le diagnostic dans de semblables cas ne saurait être fait que par exclusion, car il n'existe pas de signe caractéristique du rhumatisme musculaire, qui peut se présenter tantôt sous la forme d'une myosite vraie, tantôt sous la forme d'une simple fluxion.

Dans ces trois observations nous voyons que la part que prenaient les muscles dans l'œdème rhumatismal donnait à l'affection ses principaux caractères cliniques. Il n'en est pas toujours ainsi. Le tissu cellulaire sous-cutané peut être seul pris, ou avec la peau, et ceci d'une façon absolu-

ment indépendante des manifestations articulaires, comme l'a démontré Davaine dans sa Thèse intitulée « Contribution à l'étude du rhumatisme » (Paris 1879). » L'œdème rhumatismal essentiel, dit-il, ne peut être rattaché ni à une altération du cœur ou des vaisseaux, ni à une lésion des reins. Il se montre loin des articulations envahies, ou, s'il les avoisine, l'époque de son apparition, son intensité, l'étendue de ses limites, l'indépendance de son allure, démontrent clairement qu'il n'est pas la propagation d'une fluxion articulaire ».

Au point de vue du traitement, le cas de Laquer (Obs. I) est instructif. Nous voyons que, dans les cas aussi intenses, une incision profonde, allant jusqu'à l'os, peut être indiquée pour soulager le malade et aussi pour s'assurer qu'il n'y a pas de pus. Les cas de moyenne et faible intensité doivent être traités par les médications anti-rhumatismales ordinaires. Il ne faudrait pas négliger, dans certaines douleurs musculaires, même si la fluxion est peu intense et aucune articulation malade, de donner du salicylate de soude, car les complications cardiaques sont toujours possibles.

CHAPITRE III

Le rhumatisme musculaire par surmenage local

Nous disons le surmenage *local*, non parce que nous ne croyons pas que le surmenage général puisse causer aussi des manifestations musculaires, mais parce que nous croyons que le système nerveux, et en particulier la moelle, joue alors un rôle important comme intermédiaire. Ces faits trouveront donc leur place naturelle dans le chapitre suivant, où nous parlerons de ces cas.

Les accidents musculaires dus au surmenage sont qualifiés de différente façon par les différents auteurs. M. Moulin, dans une excellente thèse sur les manifestations rhumathoïdes du surmenage (Lyon, 1898), leur donne le nom de « faux rhumatisme », parce que les caractères des manifestations articulaires du surmenage ne sont pas les mêmes que ceux du rhumatisme polyarticulaire aigu. Mais il y a tant de « rhumatismes » que nous ne voyons pas de raison pour qualifier celui de surmenage pour faux, et cela d'autant moins que, si les accidents musculaires du surmenage peuvent se montrer chez toute per-

sonne qui s'y expose, ils sont pourtant infiniment plus fréquents chez « les rhumatisants ».

Dans les observations de M. Moulin, nous voyons bien que ses malades, en dehors du gonflement de leurs articulations, présentaient aussi des *douleurs* musculaires, mais il n'y est pas question de lésions palpables. Pourtant, dans le texte, il dit que les articulations sont quelquefois indemnes et, qu'en palpant, on a une *sensation d'empatement des tissus*. La pression éveille une légère douleur.

D'autres auteurs qualifient les accidents musculaires du rhumatisme comme de vraies myosites, entre autres M. Cayet dans sa thèse sur la myosite aiguë (Paris, 1898).

D'après Cayet, le surmenage musculaire serait même la cause la plus fréquente des myosites. En effet, sur ses onze observations, il y en a au moins quatre où le surmenage a joué le rôle pathogénique le plus important. Dans tous ces quatre cas le surmenage était *local*, c'est-à-dire que les muscles qui avaient le plus travaillé étaient seuls enflammés. Pourtant il y avait aussi des phénomènes généraux de malaise, fièvre, etc.

Nous citerons l'observation suivante de M. Cayet qui la cite lui-même de Velpeau (*Gazette des Hôpitaux*, 1849).

OBSERVATION I

Au n° 21 de la salle Sainte-Catherine est couchée une femme de 52 ans, d'une bonne constitution, jouissant habituellement d'une bonne santé. Depuis quelques jours, après avoir fait une longue course à pied, elle éprouve dans la jambe droite de vives douleurs qui s'exaspèrent encore quand elle cherche à exécuter quelques mouvements et en particulier à fléchir son pied sur sa jambe. La position dans laquelle les douleurs sont les moins

vives, c'est la flexion de la jambe sur la cuisse, le pied étant dans l'extension. La jambe est doublée de volume ; le gonflement, mal limité d'ailleurs, occupe surtout le mollet.

Il y a en même temps de la rougeur, mais elle est peu intense ; on dirait qu'elle est profonde et ne se dessine qu'à travers la transparence des tissus superficiels. On constate un certain empâtement, mal circonscrit, également profond, car la peau souple et glissant facilement sur les tissus sous-jacents, semble ne pas participer à l'affection ; enfin il existe une réaction générale, de l'anorexie.

Traitement. — Le repos et les onctions firent disparaître cette myosite des jumeaux et du soléaire.

La sensation d'empâtement signalée dans l'observation que nous venons de citer, nous l'avons aussi constatée dans tous les cas analogues, et particulièrement sur nous-mêmes, une fois après une ascension très pénible. Les muscles de la face antérieure des cuisses étaient sensibles et empâtés, mais d'une façon très inégale, de sorte que leur surface était comme bosselée. La peau avait conservé sa couleur normale. Cela durait deux ou trois jours, puis disparaissait complètement. Pas de symptômes généraux.

Nous avons vraiment quelque peine à voir dans cet œdème local des caractères d'inflammation suffisamment nets pour le qualifier de myosite. Cela serait encore plus difficile dans les cas chroniques d'emblée, comme il y en a beaucoup. Ce qu'on trouve dans ces cas, c'est précisément une *induration* plus ou moins diffuse, une callosité de Froriep, siégeant en plein muscle, se manifestant subjectivement d'une façon variable avec le siège, mais toujours par une douleur à la pression.

Des cas de ce genre ont été bien décrits par M. Norstroem dans son *Traité du Massage* (Paris 1891).

Il est très naturel que ce soient les spécialistes du massage qui les connaissent le mieux, parce que la pratique du massage développe forcément le sens tactile des doigts, et parce que les masseurs voient et palpent leurs malades tous les jours pendant toute la durée du traitement et sont de cette façon-là mieux à même d'apprécier les changements de consistance des tissus.

Il attribue aux indurations musculaires des accidents souvent un peu imprévus, la crampe des écrivains et certaines migraines par exemple. Dans la crampe des écrivains, il trouve quelquefois, mais pas toujours, des indurations dans les muscles de la main et de l'avant-bras, (ceci avait déjà été signalé par le Pr Henschen, d'Upsal, en 1877). Dans les cas où la palpation des muscles donne des signes positifs, la crampe des écrivains s'améliore ou guérit par le massage. Par contre, quand on ne trouve rien par la palpation des muscles, le cas est rebelle à ce traitement (comme à d'autres). Mais ces cas sont rares, d'après Norström.

Nous résumerons ici une observation de Henschen (Upsala Läkaref. Förh. XXIII), d'un cas de crampe des écrivains avec infiltrations musculaires multiples.

OBSERVATION II

M. P..., 52 ans, avait une forme typique de graphospasme. Les premiers symptômes s'étaient montrés il y a dix ans. Dans le long supinateur, le rond pronateur et le grand pectoral il y avait des contractions fibrillaires et des secousses aussitôt que le malade prenait la plume pour écrire.

Examen par la palpation.

L'adducteur du pouce de la main droite est sensible, gonflé et induré. Il en est de même, mais à un moindre degré, avec les 1^{er} et 2^{me} interosseux dorsaux et les muscles du thénar. Le long supinateur dans sa totalité est sensible et gonflé, les deux radiaux de même. On sent dans ceux-ci et dans l'extenseur commun un cordon dur. Dans le muscle deltoïde, vers son insertion inférieure, il y a une induration douloureuse. Tout le grand pectoral est sensible. On y sent des noyaux indurés. (Ces constatations ont été faites, pendant que les muscles étaient au repos complet.)

REMARQUE. — L'altération de la structure des muscles dans la crampe des écrivains ne prouve pas l'origine musculaire de celle-ci, mais plutôt l'origine nerveuse des altérations musculaires. M. le Pr Raymond a trouvé des altérations parenchymateuses dans une parcelle de muscle enlevée sur le vivant, dans un cas de myoclonie généralisée, mais elles étaient secondaires à une névrite. (Raymond : *Clinique des maladies du système nerveux*, tome I, p. 586).

Nous possédons une observation personnelle d'induration musculaire chronique par surmenage local, sans crampes.

OBSERVATION III

M. X..., 37 ans, d'une bonne santé habituelle, nous fut adressé par M. Huchard pour être massé pour une céphalée tenace.

Les maux de tête dont souffrait le malade depuis six semaines ne venaient pas par crises, ni à certaines heures. C'était plutôt une douleur se manifestant chaque fois qu'il remuait la tête, se localisant d'une façon vague, mais de préférence sur les tempes. Le matin, en s'éveillant, le malade ne souffrait pas de la tête tant qu'il restait immobile. Mais le fait seul de la tourner sur l'oreiller suffisait pour éveiller la douleur.

Ayant depuis longtemps notre attention attirée sur le rhumatisme musculaire comme cause possible de certaines céphalées, nous palpons soigneusement les muscles de la nuque, où nous sentons sur le côté droit des indurations très douloureuses à la pression. Une de ces indurations est circonscrite et siège dans un des scalènes. Les autres siègent plus en arrière, en partie dans le bord antéro-supérieur du trapèze. En suivant ce muscle en bas, vers son insertion claviculaire, on se rend compte que tout le bord antéro-supérieur est empâté d'une façon diffuse et très sensible à la pression. En pinçant ces faisceaux supérieurs du trapèze entre les doigts, on peut s'assurer que c'est bien là que siège la douleur, de même que l'empâtement. A gauche on ne trouve rien de semblable.

En interrogeant le malade, nous apprenons qu'il avait déjà ressenti, il y a plusieurs mois, une douleur sur un point qu'il indique dans le voisinage de l'angle supérieur de l'omoplate. Cette douleur était venue après de grandes fatigues qu'il s'était imposées en faisant des armes. En même temps son bras avait été comme paralysé, ce qui l'avait obligé à cesser l'escrime pour quelque temps. Il avait pu la reprendre, mais il se sentait toujours gêné dans les mouvements du bras droit.

La palpation des muscles de l'avant-bras permet de reconnaître que le groupe des muscles antéro-externes était douloureux et dur, le long supinateur moins que les radiaux. Il y avait, à 5 centimètres environ au-dessous du pli du coude, un point particulièrement douloureux et un peu gonflé.

Après trois semaines de massage, les maux de tête avaient disparu ; le bras n'était plus douloureux et les muscles avaient peu à peu repris leur souplesse normale.

Mais un jour le mal de tête reprend. Cette réapparition de la douleur coïncidait avec le développement d'un nouveau point douloureux et un gonflement dans la partie supérieure du muscle sterno-mastoïdien droit, ce qui permit d'établir nettement les liens d'union entre ce gonflement musculaire et le mal de tête. Il en était de même avec la disparition de la douleur et du gonflement.

Chez le malade, dont nous venons de parler, il est infiniment probable que la phase aiguë à laquelle nous

n'avons pas assisté, ait été l'effet d'un surmenage local, car, dans l'escrime, le trapèze et les muscles antéro-externes de l'avant-bras travaillent d'une façon très active. Nous reviendrons, dans un autre chapitre, sur la manière dont il faut expliquer la production de maux de tête à la suite d'indurations des muscles de la nuque.

Les circonstances qui favorisent les accidents du surmenage local sont de deux ordres : l'arthritisme en général et l'état de non-entraînement de la personne qui s'expose à la fatigue. La première de ces circonstances était présente chez notre malade.

L'explication pathogénétique de ces œdèmes durs locaux ne nous semble pas devoir être cherchée dans un trouble du système nerveux, au moins dans les cas non compliqués de crampe et de contractions fibrillaires, puisque la cause et l'effet sont purement locaux. Ils semblent plutôt être dûs à une production excessive de déchets organiques dans le muscle même qui travaille, lesquels déchets exercent une action irritante sur les vaisseaux qui se dilatent en laissant transsuder de la sérosité et sur les cellules des tissus fibreux qui répondent à l'irritation en exagérant la sécrétion de la lymphe et peut-être en se multipliant.

Dans un muscle en état de non-entraînement, il y a accumulation de tissus de réserve qui brûlent très vite et produisent beaucoup de déchets quand le muscle est soumis à un travail excessif. Chez les arthritiques, l'hypothèse d'une innervation trophique vicieuse rend compte des phénomènes observés.

CHAPITRE IV

Le rôle du système nerveux dans la production du rhumatisme musculaire.

Le rhumatisme musculaire, tel que nous le concevons, a sans doute une signification un peu vague, puisque nous y comprenons certains œdèmes névropathiques. Mais, aujourd'hui, n'est-il pas admis par presque tout le monde que le rhumatisme déformant est dû à un trouble trophique du système nerveux ? Et personne, que nous sachions, n'a appelé celui-ci un faux rhumatisme.

La signification vague du terme est plutôt un avantage, parce qu'il s'applique à un état pathologique mal défini, ayant des points de contacts nombreux avec des maladies très diverses.

Nous espérons pouvoir démontrer, dans la suite, que les « douleurs rhumatismales », mobiles ou non, sont souvent dues à des œdèmes névropathiques aigus ou chroniques. Mais il faut savoir les chercher par la palpation, car l'inspection est la plupart du temps insuffisante.

Ce que la palpation permet de reconnaître dans ces cas,

est quelquefois un œdème circonscrit, élastique, ne laissant pas d'empreinte du doigt. Ceci répond à l'état aigu de l'œdème. Mais plus souvent on sent une induration, un empâtement diffus des muscles ou du tissu conjonctif ou encore des nodosités sous-cutanées pouvant aller, comme volume, de la grosseur d'une noix à celle d'un grain de riz. Ces grains se trouvent souvent dans un très grand nombre dans une même région, ce qui permet de parler, dans ces cas, d'un état granuleux d'un muscle ou du tissu cellulaire sous-cutané.

Le caractère commun de toutes ces manifestations est la douleur à la pression. Au point de vue anatomique, il s'agit très probablement d'œdèmes circonscrits dans un état plus ou moins avancé de sclérose. L'étude des faits permet, en effet, souvent d'établir les liens qui unissent les œdèmes circonscrits aigus à ces callosités ou nodosités.

Souvent la phase aiguë passe inaperçue aussi bien du médecin que du malade, parce que l'œdème aigu est souvent moins douloureux que l'œdème chronique en voie d'induration. Mais il est probable que plus fréquemment encore l'état chronique s'installe d'emblée.

C'est à ces indurations diffuses ou nodosités sous-cutanées et musculaires que les auteurs allemands et suédois appliquent surtout le mot *myosite*, *cellulite* ou *rhumatisme musculaire*. Mais ils n'ont pas bien vu la parenté étroite de ces lésions avec l'œdème aigu circonscrit.

Les caractères de mobilité, de durée éphémère généralement attribués au rhumatisme musculaire répondent bien à l'état aigu des œdèmes névropathiques. Mais bien souvent ceux-ci s'immobilisent, se sclérosent et finissent par

former des indurations chroniques, des callosités de Fro-riep, qui persistent avec une ténacité désespérante. Dans l'état tout à fait chronique et scléreux, le caractère douloureux s'émousse pourtant. Cela dépend peut-être de ce qu'il ne s'y fait plus un processus irritatif. La rétraction cicatricielle est devenue définitive. Au point de vue du traitement ce fait est important à retenir.

Dans leur état aigu les douleurs rhumatismales présentent incontestablement une grande mobilité.

Nous avons examiné, à plusieurs reprises, à ce point de vue, une femme qui représentait un type parfait d'une rhumatisante avec des douleurs « se promenant partout. » Elle était d'une santé habituelle excellente, à part ces douleurs mobiles, nullement hystérique. Le siège des douleurs était très variable, tantôt c'était sur le tronc, tantôt dans une jambe, tantôt dans le bord antéro-supérieur du muscle trapèze. Chaque fois que nous avons pu l'examiner pendant une crise, nous avons trouvé dans l'endroit douloureux un œdème circonscrit, plus ou moins élastique, ou un empatement profond, si le siège était dans un muscle. Les endroits douloureux spontanément l'étaient toujours aussi à la pression. Il n'y avait jamais de changement de coloration de la peau, ni de phénomènes généraux. La douleur, aussi bien que l'œdème, disparaissaient toujours dans l'espace de deux ou trois jours, spontanément ou sous l'influence d'une ou plusieurs séances de massage.

On décrit généralement dans le rhumatisme, trois sortes d'œdèmes : l'œdème pseudophlegmoneux de MM. Kirmisson et Guyon, l'œdème fugace, rénitent, non douloureux et le pseudo-lipôme sus-claviculaire de MM. Verneuil et Potain

(Thèse de Weill, Paris, 1885). L'œdème pseudophlegmoneux correspond absolument à la description de la myosite non suppurative et que nous avons rangé dans la première classe du rhumatisme musculaire, quand l'étiologie est nettement rhumatismale. En seconde classe, l'œdème fugace, rénitent, non douloureux, correspond, à part la douleur, à notre description de la phase aiguë de l'œdème névropathique. M. Weill dit aussi que rien ne le distingue, cliniquement, de certains œdèmes qu'on observe dans les affections de l'axe cérébro-spinal et du système nerveux périphérique. « N'y a-t-il pas, dit-il, dans cette similitude de manière d'être de cette manifestation commune un argument de plus en faveur de ceux qui assignent au rhumatisme une origine médullaire » ? Sans doute, et nous espérons pouvoir contribuer à cette démonstration tout à l'heure, en parlant du rhumatisme musculaire symptomatique de certaines maladies viscérales.

Quant à la troisième classe d'œdème rhumatismal, le pseudo-lipôme sus-claviculaire, nous n'en avons jamais vu d'exemple. Elle nous semble pouvoir être comprise dans la description de la seconde classe de Weill. Les formes insolites que prend l'œdème dans le creux susclaviculaire pourraient être dues uniquement à la configuration anatomique de la région, à la lâcheté spéciale du tissu cellulaire souscutané à ce niveau. L'apparence pseudo-lipomateuse de l'œdème névropathique a été notée par MM. Mathieu et Weill sur l'abdomen et sur les jambes.

L'absence de douleur, notée par M. Weill dans l'œdème circonscrit rhumatismal, n'est sans doute pas constante. Nous croyons, au contraire, qu'ils sont souvent

douloureux. Cela dépend probablement du siège. Dans les observations publiées par MM. Mathieu et Weil, l'apparition de l'œdème circonscrit était accompagnée de douleurs. Une de ces observations a trait à une femme de 35 ans qui souffrait d'une tumeur maligne de l'ovaire. « Depuis cinq ou six semaines, disent les auteurs, la malade souffre de violentes crises douloureuses occupant tantôt les membres inférieurs, tantôt la région rachidienne et les épaules. Ces poussées douloureuses sont accompagnées d'un œdème blanc et douloureux qui occupe spécialement les régions affectées par les douleurs, c'est-à-dire les membres inférieurs, les membres supérieurs et la face. Cet œdème persiste tant que dure la poussée aiguë et disparaît peu à peu après que le calme s'est en parti rétabli ». MM. Mathieu et Weil attribuent ces poussées d'œdème douloureux à une propagation de la tumeur maligne à l'axe rachidien.

L'origine nerveuse de certaines manifestations rhumatismales a été bien démontrée aussi par M. Testelin (*Des œdèmes dans la diathèse arthritique*, Thèse de Paris, 1884) qui précise son opinion dans les lignes suivantes : « Pour nous, dit-il, l'altération est purement fonctionnelle et réside dans les centres vasomoteurs de la moelle... Nous pourrions en quelque sorte indiquer de la façon suivante la progression de cette diathèse : mauvaise innervation, mauvais fonctionnement des organes, dyscrasie, le point de départ étant l'innervation ».

Mais avant, aussi bien MM. Mathieu et Weil, que M. Testelin, le professeur Lanceraux, dans son traité de l'herpétisme, 1883, avait déjà fait une description très précise des « hydropisies névropathiques ». Elles consistent, dit-il,

en une tuméfaction œdémateuse ferme, à peine dépressible, limitée, peu étendue, douloureuse à la pression »... .

Dans beaucoup de cas elles sont associées à des névralgies.

Entre l'affection connue sous le nom d'*œdème aigu circonscrit de la peau* qui a été décrite pour la première fois par M. Quincke (*Monatsheft. für prakt. Dermatologie*, 1883), et l'œdème circonscrit sous-cutané il n'y a sans doute pas de limites bien précises, d'autant moins que M. Quincke dit lui-même que le gonflement peut se produire aussi dans le tissu cellulaire sous-cutané. Leur étiologie est aussi la même, c'est-à-dire la fatigue physique, le refroidissement, le tempérament nerveux (Quincke). M. Courtois-Suffit qui a étudié cette affection dans la *Gazette des Hôpitaux*, 1890, a également noté l'influence de la fatigue et de l'arthritisme. On voit même, dit-il, que les manifestations cutanées évoluent parallèlement avec les manifestations articulaires du rhumatisme. *

L'influence du refroidissement et de la fatigue sur la production de l'œdème aigu circonscrit a été notée par tous les auteurs qui l'ont étudié. M. Paul Strübing, dans un article publié dans le *Deutsche Zeitschrift für Klin. Med.* Bd IX, dit qu'après un refroidissement, ou sous l'influence de la fatigue, il se produit une tuméfaction œdémateuse de la peau et du tissu cellulaire sous-cutané, d'un diamètre de deux à dix centimètres. Il n'y a pas de limite sensible avec les parties environnantes. La coloration est normale ou bien d'une pâleur un peu transparente. Rarement il y a de la rougeur. C'est le plus souvent aux extrémités, au voisinage des jointures que

siègent ces productions. Parfois il existe en même temps un peu d'épanchement articulaire. Quelquefois l'œdème se rencontre sur le tronc, à la face et surtout aux lèvres et aux paupières. Il peut encore se localiser sur la muqueuse du pharynx et à l'orifice du larynx ; de là des accidents dyspnéiques. Il n'y a pas d'élévation de la température. Il est possible que la maladie soit héréditaire ». (Le caractère héréditaire de l'affection a aussi été signalé par M. Milroy, qui a pu l'étudier sur plusieurs membres d'une même famille qui, en dehors de ces manifestations œdémateuses, jouissait d'une santé parfaite. Il aurait même pu diagnostiquer, « par reconstitution », cette affection sur six générations consécutives ». (Milroy : *An undescribed variety of hereditary œdema*, *The New-York Med. Journ.*, 1892.)

La localisation de ces œdèmes aigus, circonscrits, sur les muqueuses, a été signalée par plusieurs auteurs. M. Strandgaard a publié l'observation d'un jeune homme de 26 ans, de famille goutteuse, et lui-même très arthritique, qui présentait les localisations les plus variées d'œdèmes aigus circonscrits, quelquefois douloureux : une main, un pied, le scrotum, la face, le bras, la nuque, la poitrine, le dos, la paroi abdominale, le larynx. On était obligé de faire la trachéotomie deux fois. (Strandgaard : *Gigt og urinsur Diatese*, Kjoebenhavn 1899). La muqueuse gastrique et intestinale semble également être quelquefois le siège de ces fluxions. Plusieurs auteurs, surtout MM. Mathieu et Veil, ont insisté sur la simultanéité de l'apparition de douleurs épigastriques, de vomissements et de manifestations rhumatoïdes dans les membres inférieurs. M. Couty (*Gaz. hebdo-*

madaire 1876) a signalé la coexistence possible de purpura hémorragique, d'œdèmes cutanés et de troubles gastro-intestinaux.

Entre la fluxion oedémateuse rhumatismale ou nerveuse de la peau et du tissu cellulaire, d'une part, et les hémorrhagies cutanées par troubles nerveux, d'autre part, il n'y a probablement pas de différence bien profonde. La pathogénie identique dans les deux cas le fait au moins supposer. (Faisans : *Des hémorrhagies cutanées liées à des affections du système nerveux et en particulier du purpura myélopathique*, Thèse de Paris 1882).

Une preuve des liens de parenté qui existent entre les « douleurs rhumatismales » et les œdèmes circonscrits se trouve encore dans l'observation suivante résumée, publiée dans le *Berliner Klin. Wochenschrift*, 1889, par le professeur Küssner, sous le titre : « Ueber hydropische Anschwellungen unclaren Ursprunges ».

Une femme âgée de 68 ans souffrait beaucoup de douleurs rhumatismales. Mais tous les organes, cœur, poumons, système nerveux, vaisseaux, étaient normaux. Elle avait aussi quelquefois des gonflements de la peau dans le dos et surtout dans la partie antérieure du thorax, accompagnés de gêne, de pesanteur, d'angoisse, de tiraillements, « comme dans le rhumatisme ». Ces gonflements avaient la forme arrondie ou en boudin, traversant le sternum. Leur consistance était pâteuse, molle. La couleur de la peau était normale. Ils se formèrent dans l'espace de quelques heures et persistèrent quelques jours. Ils se confondaient sans démarcation nette avec les parties saines.

Les bras et surtout les mains gonflaient aussi quelque-

fois. Les surfaces œdémateuses étaient généralement plus grandes qu'une paume de main. Les muqueuses n'étaient jamais touchées. Jamais de fièvre, ni d'albumine dans l'urine. Elle n'avait jamais d'hémorragies cutanées. Mais elle avait de temps en temps des hémoptisies, une fois une hémorragie vésicale, une fois une hémorragie gingivale qui durait quelques jours et l'affaiblissait beaucoup. Mais pas de symptômes, ni locaux, ni généraux de tuberculose pulmonaire. Pas de trichinose. Les ganglions lymphatiques et les articulations étaient normaux.

Une observation d'œdème aigu circonscrit de la face accompagné de migraine chez une femme de 60 ans qui souffrait de rhumatisme chronique a été publiée par Jamieson dans le *Edinburgh med. journal* en 1883 (Cité par Max Joseph : Ueber acutes umschriebenes Hautœdem ; *Berl. klin. Wochenschr.*, 1890).

Nous avons nous-même observé un cas, où les « douleurs rhumatismales » étaient nettement liées à des troubles des nerfs vaso-moteurs et trophiques.

Mlle D. C., domestique, 19 ans, entre le 19 déc., 1899 dans le service de M. Huchard, hôpital Necker, pour un gonflement de la main gauche, ayant été précédé de douleurs dans la main et le bras. Elle se plaignait aussi de palpitations survenant par crises et avait toujours froid aux quatre membres.

Cette jeune fille avait déjà à plusieurs reprises été soignée dans le service de M. Huchard. M. H. Milhiet a étudié à son propos les palpitations et la vasoconstriction périphérique chez les anémiques dans une Clinique Médicale parue dans le *Journal des Praticiens* le 10 déc. 1898.

Dans les antécédents de cette malade nous remarquons, au point de vue héréditaire, que sa mère était rhumatisante. Elle-même avait eu la rougeole à 4 ans, la coqueluche à 6 ans ; elle disait avoir eu des angines tous les hivers. Comme enfant elle souffrait très souvent de maux de tête. A 6 ans, elle aurait eu un torticolis avec douleurs dans les épaules qui aurait duré longtemps. Jusqu'à l'âge de 13 ans elle aurait souvent eu des crises nerveuses avec perte de connaissance. Depuis 4 ans les bras et les jambes sont devenus froids et bleus, et elle éprouve des douleurs dans l'épaule et le bras gauches.

En septembre 1898, étant à l'hôpital, elle avait une attaque typique d'érythème noueux (Milhiet).

En septembre 1899, la jambe gauche aurait enflé et serait devenue « toute noire ». Dans le mois de décembre de la même année, la main gauche se prenait à son tour. C'était la cause de son entrée à l'hôpital.

Quand nous avons vu la malade, le gonflement de la main avait déjà disparu. Nous avons continué à la voir pendant les mois de janvier et de février 1900 tous les jours ou tous les deux jours parce que nous lui faisons du massage pour lutter contre la vasoconstriction périphérique et indirectement contre les palpitations.

Comme l'avait constaté M. Milhiet, tous les viscères, notamment le cœur, étaient normaux. Aucun trouble de la sensibilité, ni d'autre symptôme hystérique. Mais les extrémités étaient froides, avec une coloration asphyxique. La tension artérielle était élevée (environ 22 centimètres de mercure, avec le sphygmomanomètre de Potain). Quelquefois il y avait de la tachycardie.

Elle se plaignait souvent de douleurs dans l'épaule et le sein gauches. Ces douleurs s'exaspèrent par la pression des masses musculaires qui entourent l'omoplate gauche, surtout entre cet os et la ligne médiane, et dans les fosses sus et sous-épineuses.

A la palpation on sent un empâtement diffus de ces muscles et de la partie supérieure du sein gauche.

Le 2 février le gonflement reparait dans tout le bras gauche et surtout dans la main qui est fortement violacée. La région sous-claviculaire gauche est également le siège d'un œdème élastique, rénitent. La pression du doigt ne laisse aucune empreinte dans les parties enflées. La circonférence du poignet gauche mesure 21 centimètres $\frac{3}{4}$, tandis que le poignet droit ne mesure que 17. Le gonflement avait été précédé pendant quelques jours de picotements dans le bras, qui avaient disparu, quand le gonflement se montrait. Celui-ci durait pendant deux jours, puis tout rentrait dans le même état qu'avant le gonflement. Les douleurs de l'épaule et du sein avaient un peu diminué d'intensité quand la malade quittait le service.

Cette observation, outre l'enseignement qu'elle comporte au point de vue de la coexistence de « douleurs rhumatismales » et d'œdèmes névropathiques, est intéressante à d'autres points de vue. Elle démontre l'importance de la vasoconstriction périphérique dans la pathogénie des palpitations, démonstration faite pour la première fois par M. Huchard. Mais ceci n'intéresse pas directement notre sujet. Ce qui l'intéresse davantage, c'est l'union étroite entre l'œdème aigu et les empâtements profonds qui ne sont autre chose que l'œdème en voie d'induration.

Il est enfin remarquable que l'œdème se localisait sur des régions qui correspondent à certains segments radiculaires ou médullaires et non à la distribution de certains nerfs. Il avait, en effet, envahi tout le bras gauche et la partie supérieure du thorax, sans dépasser la ligne médiane, c'est-à-dire des régions qui correspondent aux derniers segments cervicaux et premiers dorsaux. Ceci tendrait à montrer l'origine médullaire ou radiculaire de l'affection. S'il s'était agi d'un phénomène hystérique, il est à présumer que l'œdème se serait limité au bras, en forme de manche.

CHAPITRE V

Le rhumatisme musculaire symptomatique de maladies viscérales

En finissant le chapitre précédent, nous avons fait allusion à la possibilité d'une distribution métamérique de l'œdème. Nous allons maintenant entrer dans quelques détails de cette étude. L'origine médullaire ou radiculaire de certains œdèmes circonscrits est maintenant bien connue. Nous avons déjà dit que l'étude de MM. Mathieu et Weil l'avait démontrée. Ainsi par exemple, l'apparition d'œdèmes circonscrits pendant les crises douloureuses du tabes et à l'endroit même où siège cette douleur, ne laisse pas de doute à cet égard. Il en est de même avec l'œdème des membres qu'on observe dans la syringomyélie, dans la poliomyélite antérieure aiguë, etc.

Ce qui est peut-être moins connu, mais non moins certain, c'est que les centres médullaires peuvent exercer cette influence trophique, non-seulement d'une façon directe, mais aussi d'une façon indirecte, par réflexe. Ceci n'est pas pour nous étonner, puisqu'on sait qu'il n'existe

des centres trophiques spéciaux, mais que l'équilibre nutritif est un acte réflexe.

Il n'y a, dans la littérature, que de rares exemples pour prouver que des troubles trophiques, des œdèmes par exemple, peuvent s'établir à la suite d'excitations d'autres points du corps, périphériques ou viscéraux.

Le professeur Potain a établi ce fait dans la *Gaz. des Hôp.* 1882. « Il est des malades, dit-il, chez lesquels l'anasarque, due à une affection rénale, n'est pas généralisée, mais se cantonne à la moitié du corps correspondant à l'organe malade, dans les cas de contusion du rein, par exemple... Or, si l'altération du sang était la véritable cause de l'anasarque, serait-il possible d'admettre que le sang du côté gauche, par exemple, est différent du sang du côté droit ? Il faut en chercher l'explication ailleurs, dans une perturbation du fonctionnement du système nerveux central, lequel influe encore quand il existe un obstacle à la circulation veineuse. »

Le professeur Lanceraux, dans son traité d'anatomie pathologique, dit aussi que les hydropisies par influence nerveuse peuvent être indirectes ou réflexes, « lorsque le gonflement œdémateux se produit dans une région qui n'a pas de relation directe avec le rameau nerveux lésé. La condition nécessaire à la production des hydropisies réflexes est évidemment l'excitation plus ou moins prolongée des éléments nerveux... »

Le professeur Ebstein a publié, dans les *Arch. f. path. anat. u. phys.*, CLV, 3, une observation, où la localisation de l'œdème semble bien être sous la dépendance des lois de la métamérisation, quoique M. Ebstein lui-même ne le dise

pas. Il s'agissait d'une jeune fille de 16 ans atteinte de néphrite chronique. On trouvait chez elle, en dehors des localisations classiques de l'œdème dans de pareils cas, c'est-à-dire aux paupières, aux pieds, aux jambes, aussi un œdème très prononcé de la région lombaire, entre les côtes inférieures et le bord supérieur du bassin.

La peau était ici pareille à partout ailleurs, c'est-à-dire pâle et non sensible. Le gonflement était surtout marqué près de la ligne médiane, mais s'étendait latéralement jusqu'à la ligne axillaire postérieure. Toute cette partie était d'une consistance très flasque, comme un coussinet d'eau (« wie ein schwappend gefülltes Wasserkissen »). La pression des doigts ne laissait pas d'empreinte dans toute cette partie. La peau n'était pas œdémateuse, comme on pouvait s'en assurer en y faisant un pli.

Cet œdème lombaire s'est montré le 8 septembre 1898 ; le 30 septembre on faisait une ponction exploratrice avec la seringue de Pravaz ; on retirait quelques gouttes d'un liquide limpide, jaunâtre, sans cellules. La malade est morte le 11 octobre 1898. — A l'autopsie on trouvait une néphrite glomérulaire et interstitielle, dilatation du cœur, etc., et un gonflement extraordinaire du tissu adipeux sous-cutané de la région lombaire, limité en bas par la partie supérieure du sacrum, en haut par les côtes inférieures.

Il y a à remarquer, dans cette observation, qu'en dehors de la localisation inaccoutumée de cet œdème lombaire, celui-ci ne présentait pas les caractères ordinaires de l'œdème Brightique. Il était élastique et ne gardait pas l'empreinte du doigt. Ce sont là des caractères qui appar-

tiennent à l'œdème névropathique. M. Ebstein ne le dit pas. Il ne trouve aucune hypothèse qui le satisfasse pour expliquer cet œdème lombaire. Nous ne croyons pas nous aventurer trop loin en supposant qu'il s'agissait d'un œdème myélopathique dont la localisation était déterminée par les lois de la métamérisation.

Mais si les observations d'œdèmes circonscrits par action réflexe sont rares, on trouve au contraire un certain nombre d'observations de zona à distribution métamérique, où l'éruption zostérienne est nettement liée à des maladies des organes internes situés sur un même niveau horizontal, appartenant au même métamère. (H. Head : On disturbance of sensation with special reference to the pain of visceral disease, *The Brain* 1893-94).

M. Head (après Ross) a surtout étudié la distribution de l'hyperalgésie cutanée, superficielle, dans ses rapports avec les maladies viscérales, et il est arrivé à formuler des lois extrêmement rigoureuses pour cette distribution qui serait réglée d'après les lois de métamérisation. M. Head prétend que la douleur, quand elle est réflexe, n'est que superficielle, épidermique pour ainsi dire.

Mais M. James Mackenzie qui, lui aussi, a étudié la douleur réflexe dans les maladies viscérales est arrivé à des conclusions un peu différentes. D'abord, tout en acceptant la distribution métamérique de la douleur réflexe, il ne lui reconnaît pas l'extrême rigueur dans les lignes de démarcation entre les divers segments qu'avait fait Head ; puis, en dehors de l'hyperalgésie superficielle, Mackenzie a encore trouvé une *hyperalgésie profonde des tissus souscutanés et même musculaires*, obéissant aux mêmes lois de métamérisation.

On voit maintenant, où nous voulions en arriver avec ce raisonnement, qui paraissait peut-être un peu en dehors de notre sujet. Nous sommes convaincus qu'un bon nombre, sinon la majeure partie, des cas diagnostiqués comme du rhumatisme musculaire, comme des névralgies, des myalgies etc., etc., ne sont autre chose que des hyperalgésies superficielles ou profondes par action réflexe, le point de départ étant un organe interne qui souffre, le point d'arrivée, un tissu superficiel, muscle ou autre. Ce qui le prouve, c'est la distribution des douleurs et des points sensibles à la pression, laquelle distribution obéit trop souvent aux lois de la métamérisation, pour qu'on ne soit pas autorisé à invoquer cette hypothèse.

Nous continuerons néanmoins à appliquer le terme rhumatisme musculaire à ces manifestations douloureuses, non seulement parce que ce terme est commode et consacré par l'usage, mais parce qu'on y trouve les mêmes lésions d'infiltration, d'empâtement, d'induration des tissus que dans les autres classes de rhumatisme musculaire, et que l'intervention du système nerveux dans leur production ne saurait être invoquée comme une raison pour les éliminer de la grande-classe des maladies rhumatismales.

Quant à la question de savoir, si cette hyperalgésie profonde ou superficielle suit la distribution périphérique des racines médullaires (1) ou celle de certains segments de la moelle elle-même, autrement dit, s'il s'agit de rhizomères ou de myélomères, nous reconnaissons volontiers notre

(1) Voir Head *loco citato* et Brissaud : *Leçons sur les Maladies nerveuses* (deuxième série).

entière incapacité pour la résoudre, les auteurs n'étant pas d'accord sur ce point. Nous dirons donc tout simplement des métamères; nous réservons à d'autres, plus capables que nous, la solution de ce problème qui, dans l'espèce, n'a aucun intérêt pratique.

Nos observations ont trait, presque exclusivement, à des cas de tuberculose pulmonaire et de cardiopathies.

Les uns comme les autres sont souvent accompagnés de douleurs; c'est sur le siège et la nature de ces douleurs que nous allons essayer de donner des éclaircissements nouveaux. Deux choses vont nous y conduire : la recherche du siège exact de la douleur et des changements de consistance des tissus, par une palpation attentive de la région malade, et la notion de la segmentation du corps.

CHAPITRE VI

Le rhumatisme musculaire symptomatique de tuberculose pulmonaire.

Les douleurs à la pression sous la clavicule et dans la fosse susépineuse du côté malade sont bien connues. Elles sont généralement attribuées à une névrite intercostale par propagation, par l'intermédiaire de la plèvre. Mais si l'on observe bien les faits, et en tenant compte de la disposition anatomique des premiers nerfs intercostaux, on se convainc facilement que cette explication de la douleur des phtisiques ne peut être acceptée.

La répartition de la douleur à la pression est telle qu'elle ne correspond au trajet d'aucun nerf. Comme le montrent nos observations, on trouve, en effet, en avant, de la douleur à la pression et des lésions palpables dans toute la région sous-claviculaire, **y comprise** la partie externe du muscle grand pectoral, celle qu'on peut pincer entre les doigts dans le pli axillaire. Or, les nerfs intercostaux ne fournissent pas de sensibilité à cette dernière région. On pourrait nous objecter que l'irritation s'est propagée au plexus brachial. Mais on ne trouve pas d'hyperalgésie sur les autres ter-

ritoires innervés par ce plexus, ni même sur la face interne du bras qui reçoit pourtant ses fibres sensibles par l'intermédiaire des nerfs intercostaux. Il y a à ceci une exception, c'est quand il existe une hyperesthésie neuro-musculaire de toute une moitié du corps (syndrôme de Weill-Jacquet), mais alors on ne peut non plus invoquer une irritation de voisinage (voir Jannot, Thèse 1899). En arrière, on trouve de l'hyperalgésie superficielle et profonde dans la fosse susépineuse et dans la partie inférieure du bord antéro-supérieur du muscle trapèze, régions innervées par des rameaux du plexus cervical ou de la partie supérieure du plexus brachial, qui ne sont pas en contact avec la plèvre.

De plus, on trouve souvent de l'hyperalgésie superficielle pour un simple frôlement de la peau avec une tête ronde d'épingle sur des points où il n'y a aucune hyperalgésie profonde. Cette hyperalgésie superficielle ne saurait être expliquée par la névrite intercostale, puisque la névrite est toujours accompagnée de douleur profonde à la pression.

Il y a encore un argument à tirer de la localisation de l'hyperalgésie cutanée qui se fait d'après la distribution des segments métamériques et non d'après celle des nerfs, quels qu'ils soient (Head *l. c.*).

Nous ne pouvons pas entrer dans une discussion des conditions, qui font qu'une maladie viscérale, du poumon par exemple, se traduit par une douleur réflexe ou par des œdèmes réflexes, symptomatiques (rhumatisme symptomatique). Pourtant, pour ajouter encore un argument contre la théorie de la névralgie ou névrite intercostale par

irritation de voisinage comme cause de la douleur des phtisiques, nous devons mentionner que, d'après Head, le type pleurétique de la tuberculose pulmonaire peut évoluer jusqu'à la fin sans déterminer de l'hyperalgésie, tandis que les formes de tuberculose pulmonaire qui évoluent par poussées de bronchite, le type bronchitique, sont accompagnées de douleur réflexe. Nos observations tendent à confirmer cette règle.

Bassereau même, le créateur, — pour ainsi dire, de la névralgie intercostale symptomatique, dit dans sa très remarquable Thèse (1840) que la souffrance des organes se transmet aux nerfs intercostaux par l'intermédiaire des anastomoses du sympathique avec ceux-ci. Il a fait l'autopsie de quatre phtisiques ayant souffert de névralgie intercostale. Dans deux cas, la névralgie avait existé du côté où la tuberculisation ne faisait que commencer. Dans les deux cas où la névralgie siégeait du côté du poumon le plus malade, elle existait dans les cinquième et sixième espaces intercostaux, mais l'adhérence du poumon à la plèvre costale n'avait lieu qu'au sommet et ne dépassait pas la troisième côte. Peter avait parfaitement observé le fait que la névralgie se déplace en bas à mesure que les lésions descendent, mais il l'explique d'une autre façon. « Il n'y a plus, dit-il, à proprement parler, de plèvre au sommet de la poitrine ; elle est remplacée par je ne sais quelle cuirasse formée de la superposition lente et successive de plusieurs générations de fausses membranes ; de sorte que, grâce à cette membrane isolente, le travail morbide qui s'accomplit dans les poumons s'effectue en dehors de la sphère de vitalité de la plèvre pariétale et, par suite,

en dehors de celle du nerf intercostal adjacent. » Cette argumentation ne saurait prévaloir contre le seul fait que Bassereau a observé de la névralgie intercostale à un niveau, où il n'y avait pas d'adhérences.

Après avoir ainsi exposé notre façon de comprendre la pathogénie des douleurs et des lésions palpables qu'on trouve autour d'un sommet de poumon malade, nous arrivons à leur description.

La douleur peut être superficielle, cutanée ou profonde, musculaire.

Ces deux genres de douleurs ne sont pas toujours superposés. L'un peut exister à l'exclusion de l'autre. Nous nous occuperons seulement de la douleur musculaire. Celle-ci peut être localisée aux environs immédiats du sommet du poumon, c'est-à-dire au grand pectoral, trapèze, sus et sous-épineux, grand dorsal, où elle peut être beaucoup plus étendue, même à toute la moitié du corps, comme l'a montré Weill, de Lyon. Nous n'avons pas observé cette grande extension de la douleur. Nous ne pouvons donc pas dire si, dans ces cas, elle est accompagnée de changements de consistance des muscles douloureux. Mais pour ce qui est des muscles énumérés plus haut, nous pouvons l'affirmer.

On y trouve absolument les mêmes lésions à la palpation que dans le rhumatisme musculaire chronique de Froriep, c'est-à-dire des empâtements ou indurations diffus. L'endroit où on les sent le plus facilement est la partie axillaire du grand pectoral, parce que là on peut pincer le muscle entre les doigts. On peut les sentir encore assez facilement dans le bord antéro-supérieur du

trapèze. Ailleurs, c'est plus difficile. Il faut, dans certains cas, avoir exercé les doigts à apprécier des changements de consistance dans les muscles. La meilleure manière de chercher les changements de consistance des muscles et du tissu cellulaire sous-cutané est de procéder par comparaison avec la région symétrique de l'autre moitié du corps, en pinçant le muscle entre deux doigts, si l'on peut, ou en appliquant la pulpe de un ou de plusieurs doigts sur la peau et faire glisser lentement les doigts avec la peau sur les tissus profonds.

Il est inutile de décrire en détail, les sensations que fournit la palpation des muscles douloureux dans la tuberculose pulmonaire. Elles ne diffèrent en rien de ce qu'on trouve toujours dans les mêmes muscles, ou dans d'autres, quand le rhumatisme musculaire est sous la dépendance d'autres causes étiologiques ; les quatre observations qui suivent en serviront de description. Dans aucun de ces cas, il n'est signalé d'œdème aigu, élastique. C'est sans doute parce que les lésions s'installent d'une façon lente et passent d'emblée à l'état chronique.

Nous l'avons pourtant observé une fois sur la partie supérieure d'un côté du thorax, dans un cas où le poumon était manifestement malade, mais le diagnostic est resté obscur ; c'est pourquoi nous ne le publions pas.

Nous regrettons vivement de n'avoir pu examiner anatomiquement des muscles douloureux et infiltrés. Mais nous pensons que l'occasion ne s'en présentera que par un pur hasard, parce que, comme nous l'avons déjà dit, c'est seulement le début de la tuberculisation pulmonaire qui se manifeste par des douleurs rhumatismales symptomati-

ques. Quand la mort arrive, ces douleurs sont depuis longtemps disparues, parce que les altérations structurales qu'a subies le poumon ont rendu celui-ci incapable de réagir suffisamment pour produire la douleur et le rhumatisme réflexe.

La valeur diagnostique des douleurs musculaires dans la tuberculose du poumon n'est pas, jusqu'à présent, bien importante. Elles peuvent, tout au plus aider à déterminer le côté malade, mais il ne manque pas d'autres signes plus importants. Ce n'est pas à ce point de vue que nous en avons parlé ; c'est seulement pour ajouter un point nouveau à la longue liste des causes capables d'engendrer des lésions de rhumatisme musculaire.

Au point de vue du traitement, la notion que nous venons de développer pourrait probablement avoir de l'importance. Il est, en effet, presque certain qu'un massage doux des muscles douloureux pourrait soulager la douleur parfois très pénible « dans les épaules » qu'éprouvent les phthisiques, sans leur faire aucun mal.

OBSERVATION I

Tuberculose pulmonaire. Rhumatisme musculaire symptomatique.

Mlle X..., 24 ans, femme de chambre. Entrée dans le service de M. Huchard, salle Delpech n° 13 le 3 novembre 1899.

Antécédents héréditaires. — Père et mère morts de cause inconnue.

Elle n'a eu ni frères ni sœurs.

Antécédents personnels. — Scarlatine à huit ans. Ganglions tuberculeux du cou à 14 ans. Réglée pour la première fois à

16 ans. Elle a toujours été irrégulièrement réglée. Suppression des règles de 17 à 19 ans.

Elle toussait tous les hivers. Depuis le mois de septembre cette année elle crache des filets de sang. Une fois, il y a 15 jours, elle a eu une grande hémoptisie.

La toux l'a toujours fait souffrir sous les clavicules. Mais c'est surtout depuis le mois d'août de cette année qu'elle souffre dans la partie supérieure du thorax. Depuis cette époque la douleur est permanente et plus forte à gauche. Souvent elle ne peut pas rester couchée sur le côté gauche, à cause de la douleur. On lui a appliqué des pointes de feu et de la teinture d'iode à plusieurs reprises.

Examen des poumons.

En avant :

Percussion. — A droite : légère submatité sous la clavicule, à gauche : matité plus complète. La percussion est douloureuse.

Les *vibrations thoraciques* sont plus faibles à gauche qu'à droite.

Auscultation. — La respiration est un peu rude à droite, très rude, presque soufflante à gauche. Pas de râles.

Hyperalgésie cutanée bilatérale, commençant en haut sur la clavicule même et s'étendant en bas au niveau de la troisième côte.

Palpation. — Il y a une douleur à la pression sous la clavicule droite, mais surtout sous la clavicule gauche, où même une pression très légère éveille une vive douleur. On sent, surtout à gauche, un empâtement diffus de toute la région sous-claviculaire, jusque vers la troisième côte. La partie axillaire des muscles grands pectoraux est excessivement douloureuse à la pression et manifestement épaissie et empâtée, surtout à gauche.

En arrière.

Percussion. — Submatité dans les fosses sus et sous-épineuses à droite et à gauche, surtout à droite (lésions croisées).

Auscultation. — Respiration rude, surtout à droite. Pas de râles.

Hyperalgésie cutanée bilatérale commençant, en haut, au niveau

de la sixième vertèbre cervicale et s'étendant en bas jusqu'à une ligne horizontale passant à 3 cm. au-dessus des pointes des omoplates.

La *pression* avec les doigts est excessivement douloureuse dans la fosse sus-épineuse gauche, moins douloureuse à droite. A gauche, une pression même très légère fait pousser des cris à la malade.

Palpation. — On sent un empatement diffus dans les muscles trapèzes, surtout à gauche et en pressant son bord antérieur entre les doigts. Cet empatement s'étend en haut à la hauteur de la sixième vertèbre cervicale. Au-dessous de l'épine de l'omoplate, on sent aussi, mais d'une façon bien moins distincte, que les muscles n'ont pas la consistance normale.

Les autres organes sont normaux.

OBSERVATION II

Tuberculose pulmonaire, rhumatisme musculaire symptomatique.

M... X, 29 ans, chauffeur, entré dans le service de M. Huchard, salle Chauffard, n° 1, le 1^{er} décembre 1899.

Antécédents héréditaires. — Le père serait mort à 45 ans « d'alcoolisme ». La mère à 46 ans de congestion cérébrale. Il a eu une sœur et un frère. La sœur est morte à 13 ans de cause inconnue. le frère à 19 ans de « phtisie ».

Antécédents personnels. — Fièvre muqueuse à 13 ans. Il n'a pas eu d'autres maladies, mais il s'enrhumait facilement l'hiver.

Il est entré une première fois à l'hôpital, dans le service de M. Huchard, le 7 septembre 1899, parce qu'il crachait du sang.

Le 27 octobre, il est parti pour faire ses 28 jours de service militaire, mais il est obligé d'entrer à l'hôpital au bout de trois jours, parce qu'il recommençait à cracher du sang. Les 28 jours finis, il reprend son métier de chauffeur, mais les crachements de sang recommencent à la suite d'une grande fatigue.

Alors il entre pour la seconde fois à l'hôpital Necker, dans le service de M. Huchard, salle Chauffard, n° 1.

8 décembre 1899. — Le malade continue toujours à cracher du sang.

Examen des poumons.

A droite : les signes physiques sont normaux.

A gauche. *Percussion* : Matité sous la clavicule, dans la fosse sus-épineuse et dans la moitié supérieure de la fosse sous-épineuse.

Les *vibrations thoraciques* sont diminuées à gauche, surtout en arrière.

Auscultation. — Craquements humides sous la clavicule. Respiration rude, presque soufflante dans la fosse sus-épineuse.

Hypéralgésie cutanée en avant, à gauche, sous le milieu de la clavicule, sur une surface grande comme une pièce de cinq francs. En arrière l'examen de l'hypéralgésie cutanée est rendu impossible par l'application récente de pointes de feu.

La *pression* est douloureuse sous la clavicule gauche et dans la partie axillaire du grand pectoral, où elle est très vive. En prenant ce muscle entre les doigts, dans l'aisselle, on sent qu'il est épaissi et empâté.

En arrière il y a une douleur à la pression un peu au-dessus de l'angle interne de l'omoplate sur une surface grande comme une pièce de deux francs. A ce niveau on sent que les muscles sont œdémateux, durs. A droite il n'y a pas de douleur à la pression et les muscles ont leur consistance normale.

OBSERVATION III

Tuberculose pulmonaire. Rhumatisme musculaire symptomatique.

M^{me} L., 40 ans, mécanicienne, entre à l'hôpital Necker, service de M. Huchard, salle Delpech, n° 19, le 12 décembre 1899.

Antécédents héréditaires. — Une sœur morte de phthisie galopante. Une autre est morte d'une maladie du rectum.

Antécédents personnels. — Elle a été chlorotique de 13 à 22 ans. Elle n'a jamais été bien réglée. Tousse depuis quatre ans. Depuis deux ans les symptômes pulmonaires s'aggravent. Elle

commence à cracher du sang. Un médecin lui aurait dit à cette époque qu'elle avait de la tuberculose pulmonaire. Depuis elle a continué à cracher du sang. Une fois elle a eu une grande hémoptisie, à la suite d'une application d'un sinapisme sur le côté gauche, dit-elle. Elle continue à cracher du sang.

Examen, 4 janvier 1900. — Aspect très anémique.

Poumon gauche. — La *percussion* décèle de la matité en avant, au-dessous de la clavicule, jusque vers le troisième espace, en arrière dans la fosse sus-épineuse et la moitié supérieure de la fosse sous-épineuse. A l'*auscultation*, on entend une respiration rude, soufflante (souffle caverneux ?) et quelques râles sous-crépitanls après la toux. Les *vibrations thoraciques* sont exagérées en avant à gauche, en arrière à droite. Pas d'*hyperalgésie cutanée*.

La *pression* est douloureuse en avant, surtout dans la partie axillaire du grand pectoral, qu'on sent épaissi par rapport à celui du côté droit et inégalement dur. En arrière, la pression est douloureuse surtout dans la fosse sous-épineuse.

Poumon droit. — Submatité dans les premier et deuxième espaces. *Auscultation* : Quelques râles sous-crépitanls immédiatement au-dessous de la clavicule. *Vibrations thoraciques* plus faibles qu'à gauche, en avant. En arrière, la matité est plus complète qu'en avant et descend plus bas. L'*auscultation* fait entendre des râles sous-crépitanls plus nombreux et les vibrations thoraciques sont exagérées.

Pas d'*hyperalgésie cutanée*. La pression est douloureuse dans la fosse sus-épineuse, où l'on sent le muscle trapèze empâté.

OBSERVATION IV

Tuberculose pulmonaire. Rhumatisme musculaire symptomatique.

Mme A...; 33 ans, journalière, entrée à l'hôpital Necker, service de M. Huchard, salle Delpech, n° 18, le 26 décembre 1899.

Antécédents héréditaires. — Père mort de hernie étranglée; mère, d'une maladie de foie.

Antécédents personnels. — Fièvre typhoïde à 11 ans ; des bronchites tous les hivers, depuis l'âge de 12 ans. Elle s'est mariée à l'âge de 24 ans, et a eu deux enfants, qui jouissent d'une bonne santé. A partir de l'âge de 30 ans, les symptômes pulmonaires s'aggravent. Elle avait alors une « fluxion » plus forte que d'habitude et qui la tenait pendant 45 jours au lit. A la même époque elle commençait à cracher du sang. Depuis, son état n'a fait qu'empirer. Elle toussait tout le temps, l'été comme l'hiver. Depuis trois mois elle souffre de douleurs rhumatismales dans la région de l'omoplate droite.

Elle entre à l'hôpital le 25 décembre, surtout à cause de la dyspnée pour le moindre effort. Le lendemain de son entrée à l'hôpital elle fut prise d'une très forte douleur dans l'épaule droite. Elle ne pouvait rester couchée, ni sur le dos, ni sur le côté droit à cause de la douleur qui rendait aussi les mouvements du bras presque impossibles.

Examen, 5 janvier 1900.

Poumon droit. — La *percussion*, qui est douloureuse, dénote de la matité en avant jusque dans le troisième espace en bas. En arrière, la matité s'étend jusque près de la pointe de l'omoplate.

L'auscultation fait entendre de nombreux râles humides de petit et moyen calibre. Souffle caverneux sous la moitié externe de la clavicule.

Les *vibrations thoraciques* sont très faibles, mais la voix est presque éteinte.

Il existe une *hyperalgésie cutanée* au niveau des extrémités antérieures des quatrième, cinquième et sixième côtes droites. Cette hyperalgésie cutanée forme une bande horizontale qui entoure toute la moitié droite du tronc. En arrière elle se trouve par conséquent au niveau des dernières vertèbres dorsales. Elle présente deux maxima, un en avant, l'autre en arrière, près de la ligne médiane, à laquelle l'hyperalgésie cutanée s'arrête nettement. Les segments sous-jacents droits présentent un peu d'hyperalgésie, qui va en diminuant de haut en bas. Ceux d'au-dessus n'en présentent aucune.

La douleur à la pression est très vive dans toute la partie supérieure droite du tronc. Elle ne se confond que partielle-

ment avec l'hyperalgésie cutanée. Elle a son maximum au-dessous de la clavicule, dans la partie axillaire du grand pectoral, du grand dorsal, et dans les fosses sus et sous-épineuses.

La *palpation* fait sentir un œdème mou, élastique, assez développé pour être nettement appréciable même par l'inspection, sous la clavicule droite et dans la fosse sous-épineuse. Le grand pectoral dans sa partie axillaire est épaissi, dur, extrêmement douloureux à la pression.

Poumon gauche. — Il y a de la *submatité* au-dessous de la clavicule dans le premier espace. Les *vibrations thoraciques* sont plus fortes qu'à droite. L'auscultation fait entendre une respiration rude, un peu soufflante, au sommet, en avant et en arrière.

Il n'y a aucune *hyperalgésie cutanée* nulle part à gauche. Mais il y a un peu de douleur à la pression immédiatement au-dessous de la clavicule et dans le grand pectoral, si on le pince même doucement entre le pouce en avant et le médus en arrière, enfoncé vers le sommet de l'aisselle. Il y a aussi de la sensibilité à la pression dans la fosse sus-épineuse. La malade ne présente aucun symptôme d'hystérie. Il n'existe de l'anesthésie nulle part. Pas de point ovarien.

CHAPITRE VII

Rhumatisme musculaire symptomatique de maladies de cœur.

Les causes qui peuvent donner lieu à des douleurs dans la région précordiale sont multiples. Ce n'est pas le lieu ici de les passer toutes en revue. M. Huchard a traité ce sujet à fond dans la *Revue gén. de Clin. et de Thér.* en 1893 et dans la thèse de Chevillot de la même année. Nous voulons seulement attirer l'attention sur le point suivant : On trouve quelquefois dans les cardiopathies, des douleurs musculaires à la pression, et des altérations dans la consistance des muscles douloureux, comme dans la tuberculose pulmonaire, *et au même titre*, c'est à dire comme une manifestation réflexe de la maladie dont souffre le cœur et surtout l'aorte, obéissant, quant à leur localisation, aux lois de la métamérisation. Ces altérations de consistance sont absolument semblables aux indurations musculaires dues à d'autres causes, par exemple, au surmenage local. On peut trouver des empâtements diffus ou des noyaux durs plus ou moins grands. Quelquefois, quand

l'infiltration siège dans le tissu cellulaire souscutané, on sent une multitude de petites granulations, dans le tissu cellulaire sous-cutané.

Dans certains cas, probablement sous l'influence d'une irritation aiguë survenue au cours d'un processus chronique, on peut observer un œdème aigu circonscrit, élastique, absolument semblable à l'œdème aigu névropathique, décrit précédemment, ce qui permet d'établir les liens de parenté qui unissent cette lésion aux indurations chroniques.

L'étude de la localisation de ce rhumatisme musculaire symptomatique permet d'affirmer que c'est un phénomène réflexe, obéissant aux lois de la métamérisation. En effet, dans les affections de l'aorte, on le trouve occupant une bande sensiblement horizontale entourant la moitié gauche du thorax, partant, en avant, au niveau des deuxième et troisième côtes et des deuxième et troisième espaces intercostaux. Elle passe ensuite par la partie axillaire du grand pectoral, les quatrième et cinquième côtes, dans le creux de l'aisselle et continue, en arrière, entre l'omoplate et la ligne médiane, où elle prend fin, quelques centimètres au dessus de la pointe de l'omoplate, au niveau de la sixième côte environ. Il est vrai qu'on ne trouve jamais la douleur à la pression et les lésions palpables sur toute cette bande, dans sa totalité. Il y a toujours, comme pour l'hyperalgésie cutanée (Head) deux points maxima, un en avant, l'autre en arrière, près de la ligne médiane. Sur le reste du trajet on ne trouve quelquefois rien. Mais ici comme pour les névralgies, le fait que la douleur manque sur une partie du trajet ne peut servir à infirmer le diagnostic. Il

est encore vrai qu'on ne peut que rarement sentir un changement de consistance dans les tissus entre le bord interne de l'omoplate et la ligne médiane postérieure, parce qu'on ne peut pincer les muscles entre les doigts à ce niveau. Mais la douleur vive à la pression qui existe souvent sur ce point permet de conclure, par analogie, que cette altération existe. L'accumulation d'un grand nombre d'observations pourrait, seule, établir la preuve définitive de l'existence de cette bande horizontale.

Nous avons observé sur toute l'étendue de son trajet des points douloureux à la pression et des lésions palpables, non sur un même malade, mais réparties entre plusieurs malades. C'est en les comparant, l'un avec l'autre, qu'on peut se convaincre de la réalité de ce segment métamérique. Du reste, la preuve se trouve singulièrement facilitée par l'étude de l'hyperalgésie cutanée qui peut occuper la totalité du segment (Head).

Dans les cas graves d'angine de poitrine, quand les attaques sténocardiques sont subintrantes, l'état de mal angineux selon l'expression si caractéristique de M. Huchard, l'hyperalgésie aussi bien cutanée que profonde peut s'étendre en haut et en bas, au bras et à droite, comme le fait observer M. Huchard. Notre observation I en est un exemple.

L'hyperalgésie cutanée et profonde de la région précordiale dans l'angine de poitrine a été décrite par plusieurs auteurs. Mais nous n'avons trouvé qu'une seule mention de la possibilité d'un œdème réflexe. Elle se trouve dans le Manuel de Eichhorst, qui cite un cas de Cianciosi, dans lequel la glande mammaire gauche gonflait peu de temps avant la crise angineuse.

La théorie de la névrite du phrénique par irritation de voisinage, théorie établie par Peter, ne peut rendre compte des phénomènes observés. Ce nerf est situé à une trop grande distance de la paroi thoracique pour être accessible à la pression exercée sur elle dans les espaces intercostaux supérieurs. La douleur siège uniquement à gauche ou, si elle s'étend à droite dans les cas graves, elle prédomine toujours à gauche ; or, le phrénique droit est au moins aussi exposé à l'irritation de voisinage produite par la péricardite que le phrénique gauche.

La théorie de la névrite par irritation de voisinage ne peut du reste donner l'explication de la douleur qui siège dans le dos, entre l'omoplate et la ligne médiane au niveau de la pointe, et qui pourtant est très nette. Peter l'avait bien observée, mais il n'en cherche pas l'explication. Un argument très important en faveur de la nature réflexe de la douleur et contre la théorie de la névrite est la disparition fréquente de la douleur, en peu de jours, sous l'influence du repos.

Il est évident que les infiltrations musculaires avec douleurs à la pression ne jouent aucun rôle dans les crises de la vraie angine de poitrine qui est due à la sténose des artères coronaires. Mais, en dehors des crises, les angineux souffrent souvent d'une douleur ou plutôt d'un endolorissement permanent de la région précordiale (et du dos). Cette hyperesthésie ne fait pas partie de la symptomatologie de l'angine de poitrine, elle en est une complication, comme dit M. Huchard. C'est à cette hyperesthésie permanente que correspondent les infiltrations musculaires (1).

(1) L'hyperalgésie cutanée y prend également part, mais d'une façon passagère, car elle semble ne se manifester que pendant les crises aiguës.

Elle disparaît avec celles-ci. Le massage de la région précordiale et du dos, permet d'obtenir ce résultat. Nos Observations III et IV en sont des exemples.

Les infiltrations musculaires de la région précordiale n'ont aucune valeur, pour le diagnostic des maladies du cœur et de l'aorte, car elles peuvent exister en dehors de toute maladie de cœur et accompagnent peut-être plus souvent les cardiopathies « fonctionnelles » que les maladies valvulaires ou les myocardites. Elles se développent avec prédilection chez les personnes qui sont sous l'influence de la diathèse rhumatismale.

Le rhumatisme musculaire précordial n'a aucun rapport direct avec les lésions des valvules, ni de l'orifice aortique, ni de l'orifice mitral. Si les aortites donnent quelquefois lieu à des douleurs à la pression et à des infiltrations musculaires de la région précordiale et du dos, tandis que les lésions valvulaires de l'orifice mitral ou aortique, non compliquées de dilation aiguë du cœur ne le font pas, cela dépend probablement de ce que, dans l'aortite, il se fait, dans la paroi de l'aorte, un processus irritatif, qui produit la douleur réflexe, mais que la lésion valvulaire est un processus fini, une cicatrice.

Ce qui a une influence évidente sur la production de la douleur réflexe dans les maladies du cœur, c'est la fatigue aiguë, et la dilatation aiguë du cœur. Ici comme partout, c'est la distension d'un organe creux qui produit la douleur réflexe. Dans l'insuffisance aortique, il y a assez souvent de l'hyperalgésie cutanée, tandis qu'il n'y en a pas dans le rétrécissement aortique, parce que, dans l'insuffisance, le ventricule gauche se remplit trop pendant la diastole et se distend.

A. W. Mackintosh (Heart-pain; *The. Scottish Medical and Surgical Journal*, sept. 1898) dit que, pour qu'il y ait de l'hyperalgésie cutanée symptomatique d'une maladie de cœur, « le facteur important n'est pas la lésion valvulaire *per se*, mais l'altération qui en résulte de la tension dans les cavités du cœur. Dans ces conditions la douleur réflexe se montrera, mais seulement si le cœur n'est pas trop altéré dans sa structure par une maladie de longue durée, ce qui le rend incapable de réagir contre les variations de la tension dans ses cavités ».

Dans le livre de Henschen (d'Upsal) sur la dilatation aiguë du cœur on voit plusieurs fois noté que celle-ci était accompagnée de douleurs « déchirantes » de la région précordiale. Dans notre observation II il est noté que les douleurs à la pression et même les lésions palpables, qui étaient vives à l'entrée de la malade à l'hôpital parce qu'elle s'était surmenée, diminuaient après quelques jours de repos.

Quand la souffrance du ventricule gauche se manifeste par de la douleur réflexe, celle-ci est située plus bas que celle produite par la souffrance de l'aorte. D'après Head, elle occupe les troisième, quatrième, cinquième et peut-être sixième segments dorsaux. Quand c'est l'oreillette gauche qui souffre, comme dans le rétrécissement mitral, et que cette souffrance se traduit par une douleur réflexe (ce qui est très rare), celle-ci siège encore plus bas et occupe les cinquième, sixième, septième, huitième et peut-être neuvième segments dorsaux. Ceci s'explique aisément par l'embryologie qui nous apprend que c'est la partie postérieure du tube cardiaque qui se transforme en

oreillette, la partie moyenne en ventricule, et la partie antérieure en la portion initiale de l'aorte.

Ainsi on voit que la douleur réflexe de l'oreillette (rétrécissement mitral) occupe les mêmes segments que la douleur réflexe de l'estomac. Ces deux organes appartiennent donc aux mêmes segments métamériques. Si l'hypothèse n'était pas trop hardie, nous serions bien tentés d'invoquer cette coïncidence pour expliquer l'influence réciproque bien connue du rétrécissement mitral et des dyspepsies.

Nous sentons vivement l'insuffisance de notre exposé des conditions qui favorisent le développement du rhumatisme musculaire symptomatique au cours des cardiopathies. Aussi notre but était-il uniquement d'attirer l'attention sur la *possibilité* de ce phénomène.

OBSERVATION I

Insuffisance et rétrécissement de l'aorte, dilatation de l'aorte, angine de poitrine, rhumatisme musculaire symptomatique.

Mme X..., 45 ans, ménagère, entre à l'hôpital Necker, service de M. Huchard, le 13 octobre 1898.

Antécédents héréditaires. — Son père était rhumatisant et alcoolique, sa mère était asthmatique.

Antécédents personnels. — Elle n'a jamais eu d'enfants, ni fait de fausses couches. A partir de 20 ans, elle a souvent eu des douleurs rhumatismales vagues, tantôt du lumbago, tantôt des migraines. En 1884, attaque de rhumatisme poly-articulaire aigu. Depuis l'année 1888 elle souffre d'oppression et de palpitations. Quelquefois elle éprouvait une douleur vive au cœur qui gênait la respiration et l'empêchait de se coucher sur le côté gauche.

En 1896, elle a eu une crise violente de douleur rétrosternale.

Plus tard, pendant de semblables crises, la douleur s'est irradiée dans le bras gauche et les deux derniers doigts de la main gauche. Ces crises ont toujours été calmées par l'inhalation de nitrite d'amyle. Il y a eu de longues périodes, pendant lesquelles elle n'avait pas de crises d'angine, quand elle pouvait se reposer.

Actuellement la malade souffre de crises fréquentes d'angine de poitrine. Mais il y a chez elle, absolument en dehors de toute crise, une douleur permanente dans la région précordiale et, en arrière, dans la région de l'omoplate gauche, surtout quand elle s'y appuie. Elle dit qu'elle sent comme une brûlure dans le dos.

Il y a deux ans qu'elle ne peut plus se servir du bras gauche qu'avec grande peine. Quand elle lève ce bras, elle dit que « ça tire là », en montrant avec l'autre main le grand pectoral gauche.

Examen. — Souffle systolique et diastolique à l'aorte. Casque aortique.

Il y a une douleur vive à la pression dans toute la région du grand pectoral gauche. Douleur à la pression aussi, mais moins forte, dans toute la région de l'omoplate gauche et du bras gauche, jusqu'au coude. Rien de semblable à droite.

La palpation du grand pectoral gauche comparée avec celle du grand pectoral droit permet de reconnaître que celui-là est empâté et granuleux. Le deltoïde gauche et les muscles du bras dans leur partie supérieure sont également empâtés. Au devant des troisième et quatrième côtes et du troisième espace intercostal il y a un œdème élastique.

Il y a une plaque d'hyperalgésie cutanée en avant dont l'étendue correspond à la place occupée par l'œdème élastique.

Egalement il y en a une en arrière, entre l'omoplate et la ligne médiane, sur la même ligne horizontale que celle d'en avant.

18 octobre 1898. — La malade prend depuis quelques jours des comprimés de tétranitrate d'érythrol. Elle va beaucoup mieux. Les crises d'angine sont plus espacées et moins fortes. La douleur précordiale spontanée et permanente a presque dis-

paru. Il y a toujours une douleur à la pression, mais elle est moins forte. L'œdème élastique a disparu. Il existe encore un empâtement diffus.

29 novembre 1898. — La malade, dont l'état a continué à s'améliorer, quitte l'hôpital.

Après être restée près d'un an sans trop souffrir de son cœur la malade, dont l'état s'aggrave peu à peu, est entrée de nouveau dans le service de M. Huchard, le 21 novembre 1899.

A l'examen que nous avons fait le 11 décembre, l'état de la malade était le suivant :

Attaques très fréquentes d'angine de poitrine, surtout la nuit. Elle est dans un véritable état de mal angineux. Elle souffre de douleurs continuelles dans la partie supérieure gauche du thorax. Pendant les crises, les douleurs s'irradient dans le bras gauche et le flanc gauche.

Il y a une hyperalgésie cutanée dans toute la partie supérieure du thorax, à droite et à gauche, mais elle prédomine à gauche. Cette hyperalgésie cutanée présente deux maxima, un en avant, sous la clavicule gauche, au devant des deuxième et troisième côtes et du deuxième espace intercostal ; il occupe une surface grande comme une pièce de cinq francs. Il y a un autre maximum en arrière, entre l'omoplate gauche et la ligne médiane, à la hauteur des 5^e et 6^e vertèbres dorsales. La pression profonde est également plus douloureuse sur ces deux points d'hyperalgésie cutanée maxima que n'importe ailleurs. Mais elle est encore très douloureuse dans la partie axillaire du grand pectoral gauche. La douleur à la pression existe aussi à droite, mais très atténuée par rapport au côté gauche.

A la palpation, on sent que le grand pectoral gauche, surtout dans sa partie axillaire, est induré et plus épais que celui du côté droit.

Il existe une seconde bande d'hyperalgésie cutanée, bilatérale, avec prédominance à gauche, correspondant aux septième, huitième et neuvième segments dorsaux.

La pression contre les extrémités antérieures des huitième, neuvième, dixième, onzième et douzième côtes gauches est douloureuse (ce n'est pas en introduisant les doigts derrière les côtes qu'on provoque la douleur, mais en pressant contre leurs

faces antérieures. Sur le milieu de la distance entre l'apophyse xiphoïde et l'ombilic et à gauche de la ligne médiane, il y a un point de douleur maxima à la pression.

L'auscultation du cœur fait reconnaître les mêmes signes que dans notre premier examen de la malade.

Aux poumons, rien d'anormal à noter. Le foie est de volume normal. Pas d'œdème périphérique.

30 décembre 1899. — Depuis une dizaine de jours, la malade va de nouveau mieux. Au lieu de 20 ampoules de nitrite d'amyle qu'elle avait consommées au début de son séjour, à l'hôpital, elle n'en prend plus que 10 par jour. L'hyperalgésie est moins forte.

La malade quitte le service.

OBSERVATION II.

Cardiosclérose, rhumatisme musculaire symptomatique.

Mme R. ..., 57 ans, couturière, entre à l'hôpital Necker, service de M. Huchard, le 9 janvier 1900.

La malade souffre du cœur depuis 24 ans, à la suite d'un rhumatisme qui avait pris « toute ses jointures » et l'avait tenue six semaines au lit. Depuis ce rhumatisme, elle s'essouffle facilement et éprouve des battements de cœur, mais sans douleur ; pas d'œdème.

Il y a un an, à la suite de grandes fatigues, elle a commencé à sentir des douleurs autour du sein gauche, dans le côté gauche et dans le dos, entre les épaules. « C'était comme si j'avais reçu un coup ici », dit-elle en montrant la partie supéro-externe du sein gauche. Les douleurs ne se montraient que quand le cœur était agité par la fatigue. Les jambes enflaient aussi quand elle se fatiguait et l'oppression devenait plus forte.

EXAMEN. — Le cœur est hypertrophié. La pointe bat dans le sixième espace, un centimètre en dehors de la ligne mamelonnaire. Le pouls est lent, rythme couplé. (La malade a pris de la digitale chez elle, il y a quelques jours). Pas de souffle.

Les deux muscles pectoraux sont empâtés, épaissis et dou-

loureux à la pression, le gauche plus que le droit. En arrière la douleur à la pression siège surtout autour de la pointe de l'omoplate. Mais on n'y sent aucun changement de consistance des tissus. Il n'y a pas d'hyperalgésie cutanée. Quelques râles de bronchite disséminés. La toux est douloureuse. Léger œdème des membres inférieurs.

19 janvier. — Depuis qu'elle se repose à l'hôpital les jambes ont totalement désenflé. Elle ne tousse plus. Plus de râles de bronchite. Les muscles pectoraux ne sont plus douloureux à la pression. Ils sont moins empâtés. Le cœur est plus régulier.

OBSERVATION III (Résumée.)

Aortite, rhumatisme musculaire symptomatique

M. X. 32 ans, qui vient se faire soigner à Bourbon-Lancy en 1899, nous est adressé par le Dr Piatot pour le massage. Syphilis à 22 ans. Abus de café, d'alcool, de tabac. Il y a 18 mois, a commencé à éprouver de fortes douleurs dans la région précordiale en marchant vite ou après les repas.

Deuxième bruit aortique clangoreux, matité aortique augmentée à droite du sternum. Inégalité des deux pouls radiaux.

Douleur à la pression et induration du grand pectoral gauche, surtout dans le pli axillaire. Un jour, sous l'influence d'une aggravation de l'état du malade (à la suite d'une mauvaise nouvelle), on voit se développer un œdème élastique, très peu douloureux, sur toute la région précordiale. Cet œdème persiste trois jours ; puis tout rentre dans le *statu quo ante*.

OBSERVATION IV (Résumée)

Rétrécissement aortique. Rhumatisme musculaire symptomatique.

M. X., 65 ans, souffre depuis trois ans d'essoufflement facile et de douleur « au cœur » et dans le dos, s'il marche un peu trop vite. Le malade qui vient se faire soigner à Bourbon-

Lancy en 1898, nous est confié par M. le Dr Piatot pour le massage.

Examen : Souffle systolique avec maximum à l'articulation chondro-sternale de la 3^e côte droite. Douleur à la pression dans la partie externe du grand pectoral gauche, dans l'aisselle, contre les côtes et dans le dos, entre l'omoplate gauche et la ligne médiane, sur un point assez limité un peu audessus de la pointe de l'omoplate. La partie externe du grand pectoral gauche est indurée, granuleuse. De même dans l'aisselle, on sent, en palpant les côtes, une multitude de petits grains souscutanés.

Les douleurs aussi bien que les lésions palpables ont beaucoup diminué après trois semaines de traitement.

OBSERVATION V

Insuffisance et rétrécissement aortique. Rhumatisme musculaire symptomatique.

M. X., 60 ans, qui vient se faire soigner à Bourbon-Lancy en 1898, nous est confié par le Dr Piatot pour le massage.

Antécédents personnels. — Rhumatisme articulaire aigu à 14 ans. On n'avait rien constaté d'anormal du côté du cœur, et il n'en avait pas souffert que depuis 19 mois. Sans autre avertissement que quelques douleurs vagues dans la région précordiale, il est pris brusquement d'une violente douleur « dans le cœur » qui l'oblige à rester immobile. Pendant 17 jours il est resté dans un véritable état de mal angineux. Il ne pouvait même pas appuyer le dos contre un oreiller, tellement le dos était sensible. Il restait assis dans un fauteuil appuyé sur les coudes. Pendant les crises, les douleurs s'irradiaient dans les deux bras, mais principalement dans le bras gauche. Il y avait de l'œdème des jambes. Sous l'influence du traitement (trinitrine, caféine, etc.), son état allait en s'améliorant peu à peu.

Mais les crises douloureuses surviennent encore sous l'influence d'une marche un peu trop rapide. X... ne peut s'habiller seul, parce que les mouvements des bras provoquent une dou-

leur autour de l'épaule, principalement ceux du bras gauche.

Examen, 5 juillet 1898. — Double souffle aortique, pouls régulier, fréquence 80. La palpation de la région précordiale est excessivement douloureuse. On sent dans toute la région du grand pectoral gauche des noyaux d'induration, particulièrement nombreux au-dessus du mamelon. Dans l'aisselle, derrière le bord externe du grand pectoral gauche, on sent aussi des granulations souscutanées. Rien de semblable à droite. En arrière, il y a une douleur à la pression entre l'omoplate et la ligne médiane, mais on ne sent aucun changement de consistance des tissus.

Poumons et autres organes normaux.

Sous l'influence du traitement par les bains et le massage, les douleurs diminuent parallèlement avec les infiltrations musculaires. Vers la fin de la saison, M. X... peut se servir librement de son bras gauche et faire de petites promenades.

OBSERVATION VI.

Rhumatisme subaigu de surmenage, dilatation du cœur, rhumatisme musculaire symptomatique.

Mlle X, 22 ans, domestique, entrée à l'hôpital Necker, service de M. Huchard, le 14 novembre 1899.

Antécédents héréditaires: Père et mère bien portants. Deux frères et cinq sœurs qui tous se portent bien.

Antécédents personnels: Elle a toujours souffert de l'estomac et de maux de tête. Il y a environ deux ans qu'elle est venue à Paris pour prendre une place de domestique.

Depuis quatre semaines elle souffre de douleurs articulaires dans les genoux, dans les pieds et dans les doigts. Elle transpirait beaucoup et avait de la fièvre. Depuis qu'elle se repose à l'hôpital, elle va beaucoup mieux. Les genoux et les pieds ne sont plus enflés.

En même temps que les douleurs articulaires, elle a senti une douleur dans le côté gauche de la poitrine, en avant. Cette douleur l'empêchait de dormir sur le côté gauche.

20 nov. 1899. Aspect anémique. Pas de gonflements ni aux genoux ni aux pieds. Mais elle éprouve une douleur quand on imprime des mouvements à ces articulations.

Cœur : Souffle doux, mésosystolique, à la pointe, avec maximum en dehors de celle-ci. La pointe du cœur bat à deux cm en dehors de la ligne mamelonnaire, dans le cinquième espace.

Il y a une vive douleur à la pression sur les troisième et quatrième côtes et dans le troisième espace. Cette sensibilité à la pression commence à cinq cm. environ en dehors du bord gauche du sternum, et s'étend, en dehors, à la ligne axillaire antérieure, occupant par conséquent la partie supéro-externe du sein gauche et une partie de la région précordiale au-dessus du sein.

On sent très distinctement, à la palpation, qu'à cette sensibilité à la pression correspond un empâtement diffus des tissus sous-cutanés.

Dans la région correspondante à droite, il n'y a pas de sensibilité à la pression et la palpation ne révèle aucun changement de consistance des tissus.

Pas d'hyperalgésie cutanée.

CHAPITRE VIII

Rhumatisme musculaire symptomatique de maladies de l'estomac

La disposition anatomique de la région épigastrique ne permet que très incomplètement de se rendre compte des changements de consistance des muscles à ce niveau, parce qu'on ne peut bien les saisir entre les doigts, ni les presser contre une partie du squelette. Dans certains cas, pourtant, on sent que la partie supérieure des grands droits de l'abdomen est dure et empâtée. Il ne faudrait évidemment pas confondre ceci avec la contracture qui se produit si facilement dans ces muscles dès qu'on veut les palper. La distinction est souvent difficile, mais l'infiltration musculaire se répand quelquefois sur la face antérieure des extrémités antérieures des 7^e, 8^e, 9^e et 10^e côtes. Elle est alors plus facile à reconnaître et l'erreur n'est plus possible. C'est pourquoi nous publions ici (Observation II) une observation de rhumatisme musculaire épigastrique, où les lésions palpables s'étaient répandues sur la face antérieure des dernières côtes. Le rhumatisme musculaire est, dans ce cas, nettement sous la dépen-

dance de l'état gastrique. Nous n'oserions faire un diagnostic précis de cet état gastrique. S'agissait-il d'une gastrite aiguë ou d'un ulcère de l'estomac? Peu nous importe. Notre but n'est autre que de prouver que la souffrance de l'estomac *peut* se manifester par un rhumatisme musculaire symptomatique.

C'est généralement sous le nom de névralgie intercostale qu'on décrit les douleurs réflexes symptomatiques de la souffrance de l'estomac. Mais Bassereau lui-même, qui le premier a décrit la névralgie intercostale symptomatique, se trouve aussi, par un singulier hasard, être le premier qui l'ait battue en brèche ; car il avait parfaitement observé que les douleurs irradiées se propagent *rarement* dans la direction des espaces intercostaux, mais qu'elles ont un trajet *moins oblique*, comme le zona auquel elles succèdent souvent. Bassereau ne considère pas la névralgie intercostale comme symptomatique d'une maladie de l'estomac, mais des organes utéro-annexiels.

Beau, au contraire, la met en rapport avec l'estomac. « Il part, dit-il, de l'estomac un aura qui traverse les filets du plexus solaire, atteint les ganglions semi-lunaires, remonte par les nerfs splanchniques aux ganglions thoraciques, et de là se réfléchit sur les nerfs rachidiens... La névralgie dorso-intercostale est donc une véritable douleur réflexe ».

MM. Chantemesse et Le Noir (*Arch. gén. de Méd.*, 1885) ont décrit les névralgies bilatérales, avec prédominance à gauche, dans les maladies de l'estomac, et en fixent les points de douleur maxima à la pression avec une grande netteté. Ces points ne correspondent du tout aux points

d'émergence des nerfs, comme on s'en convainc facilement. Ils fixent aussi les conditions nécessaires pour le développement de la névralgie intercostale. C'est la dilatation de l'estomac et surtout une affection stomacale aiguë dans le cours d'une dilatation en train de s'effectuer, qui la favorisent tout particulièrement.

La première mention d'œdème aigu circonscrit de la région épigastrique, associé avec des troubles gastriques, que nous ayons trouvée, est de M. Mathieu dans un article intitulé : *Œdème rhumatismal (pseudo-lipôme) symétrique des membres inférieurs et de l'abdomen* et publié dans les *Arch. gén. de Méd.* 1885. M. Mathieu rapporte l'observation d'une malade chez laquelle on observait (en dehors d'une sciatique double avec productions œdémateuses circonscrites sur les jambes), au creux épigastrique, une masse œdémateuse, volumineuse, qui débordait de chaque côté vers les hypocondres. Elle eut trois semaines plus tard une crise douloureuse à l'épigastre, suivie de vomissements bilieux et d'une douleur plus vive à la pression au niveau du creux épigastrique.

Il nous semble que, dans ce cas, l'état gastrique était l'effet de l'œdème de l'épigastre, car il n'y a rien que de très logique d'admettre que, si la souffrance d'un organe interne peut se manifester par des troubles trophiques des tissus superficiels, la souffrance de ceux-ci peut aussi retentir sur les organes internes appartenant au même métamère. M. Chenouard (*Névralgie intercostale*, Thèse de Paris, 1899) a noté qu'aux symptômes ordinaires de la névralgie peuvent se joindre des nausées et des vomissements.

M. le Pr^s Potain a rapporté deux observations de troubles cardiaques, hypertrophie en l'absence de tout bruit morbide, de lésion orificielle, de mal de Bright ou d'hypertension artérielle, sensation de constriction à la poitrine, point douloureux à la pression de la région précordiale, à la suite d'une amputation du bras gauche et du développement de névrômes douloureux du moignon. Ces troubles cardiaques disparurent avec l'extirpation des névrômes. Considérant que le côté interne du bras fait partie des mêmes segments que le cœur, il est difficile de ne pas y voir un exemple de cette influence *réci-proque* des organes internes et de la périphérie. [Kr.]

Nous-même avons observé le cas d'une femme qui se plaignait de nausées, quelquefois de vomissements. Son appétit était bon, il n'y avait aucun autre symptôme du côté de l'estomac qui n'avait jamais été malade chez elle. Par contre, elle avait très souvent eu des manifestations de rhumatisme musculaire. En examinant son ventre, nous avons trouvé une vive sensibilité de l'épigastre avec un empâtement diffus de cette région. Quelques séances de massage superficiel, de la paroi abdominale seulement, suffisaient pour faire disparaître la sensibilité, l'empâtement *et* les nausées en même temps.

Les rapports qui existent entre le rhumatisme musculaire de la région épigastrique et les troubles dyspeptiques sont encore démontrés par l'observation suivante que nous empruntons à Kleen (Handbok i Massage, Stockolm 1891).

OBSERVATION I.

Mlle W..., 23 ans, pâle et anémique, vient consulter à la clinique externe des maladies de l'estomac et de l'intestin (de Stockholm). Elle éprouve depuis plus d'un an des douleurs dans un endroit bien déterminé du ventre, qu'elle montre situé dans la région épigastrique, un peu à gauche de la ligne médiane. Cette douleur est continuelle, mais augmente après les repas. Légers troubles dyspeptiques. A la palpation, on sent une différence très notable entre la consistance des muscles grands droits de l'abdomen, dans leur partie supérieure. A gauche, le muscle est infiltré et dur. La douleur à la pression siège manifestement dans le muscle. La contraction de ce muscle, dans le mouvement de s'asseoir sans l'aide des mains, provoque une vive douleur dans l'épigastre. Après deux semaines de massage, la douleur et les troubles dyspeptiques disparaurent.

REMARQUE. — M. Kleen ne met pas les troubles dyspeptiques en rapport avec le rhumatisme musculaire épigastrique; mais il est permis de conclure de leur disparition simultanée, à l'existence d'une relation de cause à effet.

L'observation du chapitre suivant, permet de faire une conclusion semblable.

M. Stapfer (Traité de kinésithérapie gynécologique) a également observé que les troubles gastriques et la dilatation en particulier exercent une influence marquée sur la myo-cellulite de la partie supérieure des muscles droits de l'abdomen.

Nous publions ci-dessous une observation qui montre que l'hyperalgésie cutanée symptomatique d'une maladie de l'estomac ne suivait pas le trajet des nerfs intercostaux, mais très exactement les 8^e et 9^e segments dorsaux de

Head, et que cette hyperalgésie cutanée était associée à des œdèmes circonscrits, à du rhumatisme musculaire.

Il y a déjà longtemps que Cruveilhier avait signalé, dans sa description de l'ulcère simple de l'estomac, qu'aussi bien le point xiphoïdien que le point rachidien au niveau de la première vertèbre lombaire étaient douloureux à la pression. Il ajoute même ceci : « Il n'est pas rare de voir la douleur former comme un cercle *horizontal* autour de l'épigastre... » Il est curieux de voir qu'on ne parle plus de la douleur à la pression sur le point rachidien, pourtant bien facile à constater, sans doute parce qu'on ne peut l'expliquer par une compression de l'organe malade, d'une séreuse ou par un point de névralgie intercostale.

OBSERVATION II

Gastrite Aiguë (?) Rhumatisme musculaire symptomatique

Mme M.... 48 ans, entre dans le service de M. le Pr Le Dentu, Hôpital Necker, le 24 janvier 1900 pour des vomissements et des douleurs dans le creux de l'estomac et dans les reins.

Il y a deux ans, la malade vomissait des matières noires, pendant une période de trois mois, et éprouvait des douleurs dans le creux de l'estomac et dans les reins. Depuis, elle s'est très bien portée. Mais il y a huit jours, les mêmes symptômes réapparaissent. Depuis huit jours elle vomit tout ce qu'elle prend. Les matières vomies sont noires. Elle souffre de douleurs très vives dans le creux épigastrique et dans les reins. A son entrée à l'hôpital, ces douleurs étaient tellement vives que l'interne de garde pensait qu'il s'agissait d'une péritonite et l'envoyait dans un service de chirurgie. Elle ne peut supporter aucune constriction autour de la taille, ni même un jupon.

Examen. Femme un peu obèse. La palpation du ventre ne permet de sentir aucune tuméfaction profonde, mais la palpation superficielle est très douloureuse dans le creux épigastrique, au devant du tiers inférieur du sternum, de la partie antérieure des dernières côtes et en arrière, dans les gouttières vertébrales, au niveau des 10^e, 11^e et 12^e vertèbres dorsales.

Il existe une hyperalgésie cutanée extrêmement vive en avant, en arrière et sur les deux côtés. En avant, elle s'étend en haut à peu près au niveau de l'union du sternum avec l'appendice xiphoïde, et en bas à un travers de doigt au-dessus de l'ombilic. En arrière, elle coïncide sensiblement avec la douleur à la pression, c'est-à-dire qu'elle s'étend en haut au niveau de la dixième et en bas de la douzième vertèbres dorsales. Sur les côtés elle est moins vive et moins étendue en hauteur; l'hyperalgésie latérale réunit suivant une ligne horizontale, les points d'hyperalgésie maxima en avant et en arrière.

A la palpation superficielle on sent, au-devant de la partie antérieure des 7^{me}, 8^{me} et 9^{me} côtes gauches et dans le creux épigastrique, un léger œdème sous-cutané et des granulations autour et au-devant de l'appendice xiphoïde. On ne trouve rien d'anormal dans les autres organes. Il n'y a pas de symptômes de tabes.

30 janvier. — Les vomissements ont cessé, mais l'appétit est toujours très mauvais. Les douleurs spontanées et à la pression sont bien moins fortes. En arrière, la douleur à la pression ne persiste qu'à gauche. L'hyperalgésie cutanée a diminué de hauteur. En arrière elle n'existe qu'au niveau de la 12^{me} vertèbre dorsale.

31 janvier. — L'amélioration continue. L'hyperalgésie cutanée n'existe plus qu'en avant, à la hauteur de la pointe de l'appendice xiphoïde, prédominant à gauche. La pression profonde n'est plus douloureuse en arrière, mais en avant elle provoque toujours une douleur très vive, au-devant et autour de l'appendice xiphoïde et au-devant de la partie antérieure des 7^{me}, 8^{me} et 9^{me} côtes gauches. L'œdème sous-cutané est complètement disparu, ce qui permet de mieux sentir les granulations, qui correspondent exactement au siège de la plus vive douleur à la pression. La malade sort de l'hôpital.

CHAPITRE IX

Rhumatisme musculaire symptomatique de maladies des organes utéro-annexiels

L'affection décrite par les auteurs suédois et M. Stapfer, sous le nom de cellulite ou myo-cellulite de la paroi abdominale et sous le nom de panniculite par M. le Pr Delassus (*Thèse de Colmaire*, Paris, 1899), n'est sans doute autre chose qu'une localisation spéciale de ce que nous appelons le rhumatisme musculaire. Nous avons exposé, au commencement de notre travail, la raison pour laquelle nous lui avons conservé cette vieille dénomination. Nous avons dit, en même temps, que ce nom n'impliquait pas pour nous l'idée d'un siège purement musculaire, que celui-ci était probablement dans le tissu conjonctif, mais que les muscles se laissaient pénétrer par le processus œdémateux ou scléreux et donnaient, la plupart du temps, la note caractéristique à l'affection. Quand le siège de celle-ci est la partie inférieure de la paroi abdominale, les muscles semblent bien y prendre une part moins importante, de sorte qu'ici les mots cellulite ou panniculite conviennent sans doute mieux.

Il y a toutefois un inconvénient très grave à se servir ici du mot cellulite ; c'est la tendance qui se manifeste de donner ce nom aux altérations des cellules nerveuses. Mais ne pouvant prétendre à changer un nom déjà classique, grâce aux travaux de M. Stapfer, nous continuerons à appliquer le terme cellulite au rhumatisme de la paroi abdominale inférieure.

Les mêmes auteurs qui ont décrit la cellulite de la paroi abdominale ont également décrit, sous le même nom, des œdèmes « par troubles vaso-moteurs » du tissu conjonctif, des ligaments et des muscles du petit bassin. M. Stapfer notamment les a étudiés avec beaucoup de détails (*Annales de Gynécologie et d'Obstétrique*, 1893). N'ayant pas la compétence nécessaire pour les décrire avec précision, nous y renonçons totalement, et nous nous bornons à étudier le rhumatisme musculaire (la cellulite) de la paroi abdominale, et même cela très sommairement, parce que nous n'avons rien à ajouter aux descriptions très complètes de M. Stapfer et de M. Delassus.

Au point de vue anatomique, pour M. Stapfer aussi bien que pour M. Delassus, la cellulite est un œdème dans un état plus ou moins avancé d'induration. Le siège de l'œdème est « le tissu cellulaire souscutané, probablement aussi les espaces conjonctifs interfibrillaires des muscles de la vie animale et végétative, ce qui justifie l'acception myo-cellulite, et les interstices des ligaments » (Stapfer).

La palpation permet de sentir « des noyaux pâteux ou durs, qui varient de la grosseur d'un grain de millet à celle d'une noix et sont épars ou agglomérés dans le tissu conjonctif adipeux souscutané, ou peut être dans les cou-

ches les plus profondes du derme. La cellulite est unilatérale ou bilatérale et occupe les diverses régions abdominales. Ces noyaux, quelquefois difficiles à percevoir, sont, quand on les saisit entre les doigts, douloureux, très douloureux et même atrocement douloureux. Tel est leur signe pathognomonique » (Stapfer).

« Lorsque ces indurations sont agglomérées, dit M. Colmaire, elles sont plus ou moins ovalaires, on dirait des lobules graisseux qui ont subi une induration particulière. » Probablement cela en est des lobules graisseux, œdémateux ou indurés.

Quelquefois l'induration est diffuse et ressemble à ce qu'on appelle le « plastron » en parlant des phlegmons de la paroi abdominale. Mais en massant par la malaxation une paroi abdominale qui est le siège d'une induration diffuse, on arrive en peu de temps à faire disparaître celle-ci et on découvre alors des noyaux circonscrits, douloureux, qu'on ne pouvait pas sentir de prime abord. M. Stapfer insiste beaucoup sur ce point, qu'on ne peut faire le diagnostic exact de l'état d'induration de la paroi abdominale avant de l'avoir malaxée pendant quelques jours.

Souvent il semble que c'est la peau elle-même qui est le siège de la plus grande douleur. Il s'agit probablement d'une hyperalgésie cutanée, associée ou non à une hyperalgésie profonde.

Le diagnostic de la cellulite peut être difficile. Nous ne craignons même pas de dire qu'il est nécessaire de pratiquer soi-même le massage et par conséquent de voir les malades et de les palper pendant quelques minutes tous les jours pour se rendre un compte exact de l'état d'infil-

tration des tissus, du changement qu'elle peut subir d'un jour à l'autre, et de la distinguer d'un état simplement adipeux.

Nous n'essayerons point de poser un diagnostic différentiel avec les névralgies lombo-abdominales et iléo-lombaires de Bassereau et Valleix, parce que nous sommes convaincus que l'affection décrite par eux est la même, dans l'immense majorité des cas, que la cellulite de Stapfer ou la panniculite de Delassus. Le nombre des affections douloureuses du bas-ventre est trop considérable pour que nous entreprenions d'en faire le diagnostic avec la cellulite.

Au point de vue de l'étiologie de la cellulite, les affections utéro-annexielles prennent certainement une part prépondérante dans son développement. M. Stapfer dit que la cellulite abdominale est souvent accompagnée de cellulite intra-pelvienne, qui elle-même n'est qu'un épiphénomène des affections et déviations utérines et annexielles. Si cette cellulite intra-pelvienne peut être produite par les stases veineuses qui accompagnent celles-ci, il ne peut pas en être de même de la cellulite de la paroi abdominale. Il faut nécessairement invoquer une action réflexe. C'est ce qu'a fait M. Delassus. Mais le terrain arthritique favoriserait le développement de cet œdème réflexe. Les faits sur lesquels se base M. Delassus pour justifier l'hypothèse de l'origine réflexe de la cellulite sont les suivants : « Elle nous a souvent paru se développer, dit M. Colmaire dans sa thèse inspirée par M. Delassus, en même temps qu'une lésion des organes génitaux... De plus, il paraît y avoir un rapport entre son siège et celui de la lésion utérine ou

annexielle. Nous avons pu observer que souvent l'œdème était plus marqué, la douleur plus vive du côté malade... Il est assez fréquent de ne rencontrer la panniculite que du côté où les annexes sont le plus malades. Les troubles de la circulation capillaire, sous la dépendance d'une innervation locale pathologique, rendraient compte de l'œdème. On établirait ainsi la relation entre les modifications superficielles du pannicule et les affections abdominales profondes ».

L'innervation locale pathologique serait, dans l'espèce, une névralgie lombo-abdominale. Dans le chapitre du diagnostic M. Colmaire distingue pourtant nettement la panniculite de la névralgie lombo-abdominale, qui occupe un siège fixe, localisé de préférence à l'émergence des filets nerveux.

D'autre part, la cellulite symptomatique peut aussi se localiser sur la face interne des cuisses, dans le département du nerf obturateur, et dans la partie supérieure de la région fessière, comme l'a noté M. Delassus, et comme nous l'avons observé nous-mêmes. Or, si l'on regarde les figures de Head qui représentent les territoires d'hyperalgésie cutanée dans certaines métrites, on trouve qu'elle occupe précisément la partie inférieure du ventre, la face interne des cuisses et la partie supérieure de la région fessière, c'est-à-dire les territoires d'innervation des 11^e et 12^e segments dorsaux et du 1^{er} segment lombaire. L'observation des faits et la comparaison avec ce qui se passe dans d'autres régions du corps nous portent à croire, que la cellulite du bas-ventre, aussi bien que le rhumatisme musculaire d'autres régions, peut être d'origine réflexe.

Pour le *traitement* des affections douloureuses du bas-ventre, la notion de la possibilité de la cellulite de la paroi abdominale a une importance capitale. Certaines maladies utéro-annexielles peuvent continuer à faire souffrir cruellement, même quand l'affection principale a guéri avec ou sans intervention chirurgicale, tant que subsiste cette complication qu'est la cellulite. Le traitement le plus efficace de celle-ci est le massage.

Nous empruntons l'observation suivante de M. Delassus à la thèse de Colmaire. Elle montre bien la corrélation qui existe entre les maladies des organes génitaux de la femme et la cellulite abdominale.

OBSERVATION I

Double salpingite et périmétrite d'origine puerpérale. Panniculite : Guérison symptomatique par le massage (Delassus).

Mme D..., 32 ans. Un seul accouchement suivi d'accidents péri-métriques intenses, il y a dix ans. La malade s'est rétablie et a pu mener sans souffrance d'aucun genre, la vie ordinaire.

En 1899, soit il y a cinq ans, elle est reprise brusquement de douleurs dans le ventre. L'exploration est difficile à cause de la douleur, mais on se rend compte que les culs-de-sac sont indurés : c'est certainement un réveil de l'ancienne affection.

Sous l'influence du traitement classique, ou au moins pendant qu'on l'emploie, les accidents s'atténuent. Mais la marche reste impossible, la station debout intolérable, la période menstruelle douloureuse, l'état général assez précaire.

J'essaie une première fois le massage, il n'est pas toléré, tant la sensibilité est grande.

C'est alors que je constate pour la première fois la panniculite abdominale. Un pli fait à la peau provoque une douleur suraiguë qui arrache à la malade un cri et fait monter des larmes à

ses yeux. C'est à droite, du côté où les lésions pelviennes sont le plus accentuées que la douleur est plus vive. L'autre côté, le gauche, est beaucoup moins douloureux. Le reste de l'abdomen et même du corps ne présente rien de semblable.

Le tissu cellulaire est grenu, des deux côtés de l'abdomen, mais du côté malade, il est nettement plus induré, comme élastique.

Par le toucher vaginal, je constate que la pression sur les parois pelviennes, le long du rectum, sur les pentes du releveur de l'anوس est excessivement douloureuse aussi, presque autant que celle faite dans les culs-de-sac, dans les régions où l'on sent les annexes enflammées et volumineuses.

La recherche des points classiques, des névralgies lombo-abdominales ne donne aucun résultat.

Le maximum de douleur correspond à la région de l'ovaire droit. La pression est bien moins sensible que le pincement, ce qui exclue toute idée de douleur ovarique ou annexielle directe, c'est-à-dire éveillée par un froissement immédiat de ces organes.

Un pli qui ne comprend que la peau sans tissu cellulaire ne provoque pas de sensation pénible. Ce n'est qu'un vulgaire pinçon.

Les muscles grands droits ne semblent pas douloureux à la pression ni à la contraction. C'est donc bien une panniculite avec ses caractères classiques.

Le massage, après 70 séances, a remis sur pied cette malade qui va, vient, marche comme avant, et ne souffre plus guère qu'au moment de ses règles qui sont d'ailleurs normales comme date et durée.

Sept ou huit séances de malaxation ont eu raison de la douleur panniculaire.

OBSERVATION II

Myo-cellulite de la paroi abdominale et d'autres régions du corps.

Due à l'obligeance du Dr Saisset (inédite).

M^{me} B. . . , 42 ans. Petite, obèse, facilement essoufflée. Se plaint de douleurs dans le ventre et de crises nerveuses (caractérisées

par une sensation de constriction laryngée et des larmes) qui surviennent environ vers le 15^e jour après les règles chaque mois.

Examen. — Le 11 octobre 1899. En prenant la peau et le tissu cellulaire sous-cutané de l'abdomen entre le pouce et les autres doigts même très doucement on détermine une douleur vive et cela dans toute l'étendue de l'abdomen, mais surtout dans sa moitié gauche. Par le toucher combiné au palper, je trouve l'utérus en rétroversion non-réductible à ce premier examen, augmenté de volume, peut-être fibromateux (ce diagnostic a été porté).

Traitement : (en ce qui concerne la panniculite). — Malaxation entre le pouce et les autres doigts. Ce procédé est très douloureux et détermine à la troisième séance une crise hystériforme avec sensation de boule et crise de larmes.

8 novembre. — Malaxation du ventre presque plus douloureux. Douleur à la malaxation plus haut au niveau de la ceinture.

2 décembre. — Panniculite réfugiée dans l'aîne droite. Toute la partie antéro-supérieure de la cuisse droite du genou à la hanche est douloureuse à la malaxation.

25 décembre. — La malade se plaint d'avoir constamment mal au cœur. La malaxation de la peau et du tissu cellulaire sous-cutané n'est pas douloureuse au niveau du creux épigastrique ; mais si dans cette région on arrive à prendre entre les doigts la partie supérieure des muscles droits de l'abdomen, on détermine de la douleur ; cette manœuvre est très difficile en raison de la grande épaisseur de la paroi abdominale.

26 décembre. — Je trouve de nouveaux foyers de panniculite en arrière du creux de l'aisselle au niveau du bord du muscle grand dorsal des deux côtés.

29 décembre. — Le « Mal au cœur » a beaucoup diminué.

5 janvier. — Le ventre a beaucoup diminué de volume. La paroi est maintenant beaucoup plus souple. Le « mal au cœur » a disparu.

24 janvier. — Suspension du traitement.

REMARQUE. — Cette observation montre que la cellulite peut se présenter, en même temps, sous la forme d'infiltration du tissu cellulaire sous-cutané et des muscles, et produire des symptômes variables avec le siège, particulièrement un état nauséeux, si le siège est l'épigastre.

CHAPITRE X

Torticolis et lumbago rhumatismal. Le torticolis rhumatismal, peut-il être d'origine musculaire ?

Nous avons dit, au commencement de notre Thèse, que c'était la démonstration faite par MM. Lannelongue, Robin et Londe, Erben de l'origine articulaire du torticolis rhumatismal qui avait jeté le plus grand discrédit sur le rhumatisme musculaire en général. Cela est assez naturel puisque le torticolis musculaire avait toujours été, pour Chomel, Monneret, etc., une des principales manifestations du rhumatisme musculaire. Ne pouvant faire ici une étude complète du torticolis rhumatismal, question assez compliquée, nous nous bornerons à exposer sommairement les principales raisons, qui ont conduit ces auteurs à nier le torticolis musculaire, et ensuite les raisons qui font que quelques auteurs considèrent encore le torticolis rhumatismal musculaire comme une réalité. C'est, croyons-nous, M. le Prof. Lannelongue qui le premier a contesté l'existence du torticolis musculaire. « Après une phase plus ou moins violente, dit-il, l'affec-

tion guérit; mais elle laisse après elle des attitudes vicieuses dues, non à la contracture des muscles qui a disparu à cette époque, mais à des déformations articulaires et quelquefois à des adhérences fibreuses entre les surfaces. De nouvelles poussées reviennent, des douleurs se reproduisent de temps en temps, surtout à l'occasion des mouvements, et des manifestations de même nature se montrent sur d'autres jointures. Une simple contracture ne donnerait pas l'explication d'un état aussi complexe ».

Avec l'ancienne conception du rhumatisme musculaire comme un trouble purement fonctionnel, *sine materiâ*, algie ou contracture, il est certain qu'on ne peut donner une explication des phénomènes observés, et cela d'autant moins que la douleur siège, dans la majorité des cas, sur le côté convexe et non sur le côté concave et supposé contracturé.

M. le Pr Lanceraux (*Traité de l'herpétisme*) pense que le torticolis est souvent dû à une névralgie du plexus cervical.

MM. Robin et Londe (*Revue de Méd.*, 1894) ne contestent pas l'existence du torticolis musculaire, mais ils le croient rare. « Il suffit, disent-ils, de chercher les points douloureux. On les trouve au niveau des interlignèes vertébraux, soit sur la ligne médiane, soit sur les parties latérales. » Dans l'Observation I de MM. Robin et Londe la douleur siégeait exclusivement en arrière, au niveau des intervalles des apophyses épineuses et sur le côté droit de la ligne épineuse, c'est-à-dire précisément sur les articulations des apophyses articulaires droites devenues plus saillantes à cause de la rotation de la tête à droite. L'inclination forcée

de la tête à droite était le mouvement qui exaspérait le plus la douleur. Ces auteurs ont bien observé que ce ne sont pas les muscles du côté concave qui sont *contracturés*, mais les membres du côté convexe qui sont *contractés* pour contrebalancer l'action de la pesanteur. Les malades de MM. Robin et Londe avaient enfin eu des manifestations articulaires dans d'autres jointures. Il serait donc bien difficile de ne pas admettre l'origine articulaire de leur torticolis.

M. Erben a observé 12 cas de torticolis rhumatismal. Il n'admet l'origine musculaire dans aucun de ces cas. Dix cas étaient d'origine articulaire, deux étaient d'origine névralgique. Dans tous les dix cas d'origine articulaire, la douleur siégeait du côté convexe, jamais les muscles du côté concave n'étaient douloureux, ni contracturés. La localisation de la douleur ne correspondait à aucun muscle. Les muscles du côté convexe étaient durs, parce qu'en contraction pour contrebalancer l'action de la pesanteur, mais non douloureux. Le siège exact de la douleur était sur les apophyses *transverses* des 3^e, 4^e et 5^e vertèbres cervicales. L'exagération de la flexion latérale de la tête n'était jamais douloureux, ni la rotation à droite ou à gauche. Mais le redressement de la tête vers le côté convexe était très douloureux. (M. Erben pense que la rotation de la tête vers le côté malade n'est pas une attitude de défense, mais simplement un mouvement instinctif dont le but est d'élargir le champ visuel vers le côté convexe.) De tout ceci, Erben tire la conclusion que le torticolis est d'origine articulaire, quand la tête est inclinée vers le côté sain. Cette inclinaison a pour but de décharger les articulations

malades, d'éloigner les surfaces articulaires l'une de l'autre. Ces raisons nous semblent absolument valables.

Mais dans deux cas les phénomènes observés étaient différents.

Dans l'observation XI on trouve que la tête était inclinée vers le côté malade et tournée vers le côté sain. Le sterno-cléido-mastoïdien du côté malade semblait douloureux à un examen superficiel. Mais une analyse plus approfondie permettait d'affirmer que les nerfs seulement qui émergent derrière le muscle étaient douloureux. Le muscle lui-même était mou, non douloureux. Le sternomastoïdien du côté sain était dur, parce que contracté pour contre-balancer l'action de la pesanteur et pour ménager les muscles du côté malade qui étaient parétiques (neuralgisch insuffisant).

Dans l'observation XII l'attitude de la tête était une légère flexion en arrière, et à droite, avec une légère rotation à droite. La malade permettait des mouvements passifs en arrière « mais ne voulait pas les exécuter elle-même ». La flexion de la tête en avant ou à gauche ne pouvait être faite ni passivement ni activement sans éveiller la douleur. De même pour la rotation de la tête. L'élévation active de l'épaule gauche était douloureuse. Il y avait de la douleur à la pression sur les deux premières apophyses épineuses et un peu à gauche de la protubérance occipitale externe. Les muscles étaient mous, excepté la partie supérieure du sterno-mastoïdien gauche.

Erben fait ici le diagnostic de névralgie du nerf grand occipital gauche que l'attitude vicieuse de la tête avait pour but de soustraire à toute compression. Il nous semble dif-

ficile, dans ce cas, de ne pas attribuer quelque part aux muscles, pour la raison suivante : le sternomastoidien gauche, chargé ici du maintien de la flexion de la tête à droite, selon Erben, était dur seulement vers son insertion supérieure ; or, un muscle comme le sterno-mastoïdien peut bien se contracter par faisceaux isolés, mais non par un de ses segments transversaux seulement, quand il se contracte pour soutenir une charge.

Parmi les défenseurs du torticolis musculaire nous citons seulement M. Kader, qui a publié un mémoire très important sur cette question dans les *Beiträge zur Klin. Chirurgie*, 1896 et 1897. La plupart de ses observations ont trait à de jeunes enfants. Mais dans quatre cas le torticolis est survenu à un âge si avancé (à 20, 14, 10 et 12 ans) que la cause obstétricale ne peut être invoquée.

Dans un de ces quatre cas, un traumatisme du côté gauche du cou était la cause du torticolis. Dans le deuxième cas, le torticolis était venu à la suite d'une angine diphtérique et dans les deux autres cas, à la suite d'une infection générale de nature indéterminée, avec phénomènes angineux. Dans tous ces quatre cas, la tête était inclinée, *vers le côté malade*, c'est-à-dire vers le côté où l'on sentait les muscles gonflés et douloureux, et tournée vers le côté sain. Cette position, dit M. Kader, était déterminée par la contraction des muscles synergiques et avait pour but de relâcher les muscles malades qui étaient peut-être aussi en état de contracture.

Nous voyons donc que les cas de Kader diffèrent essentiellement de ceux de Robin et d'Erben, où la tête était inclinée vers le côté sain. L'étiologie aussi est différente.

Des quatre malades de Kader, un avait reçu un coup sur le sterno-mastoïdien, les trois autres avaient vu leur torticolis se développer à la suite d'angines infectieuses (dont une suivie de manifestations articulaires). Kader considère que le torticolis, dans ces cas, était dû à une myosite infectieuse. Cette opinion est encore basée sur des examens histologiques des muscles extirpés dans 21 cas de torticolis musculaire. Dans tous ces cas, il a trouvé des lésions de myosite aiguë et chronique. Ces lésions existaient non seulement dans le muscle sterno-mastoïdien et dans le tissu conjonctif qui l'entoure, mais encore, dans certains cas, dans le bord antérieur du trapèze et même dans le peaucier. S'il est déjà très difficile de considérer le sterno-mastoïdien et le trapèze comme des muscles périarticulaires, capables de devenir malades secondairement à une arthrite cervicale, ce qui n'est du reste noté dans aucune observation de Robin ou d'Erben, dont la démonstration est justement basée sur l'absence de lésions dans ces muscles, il serait impossible de considérer le peaucier comme un muscle périarticulaire. L'attitude de la tête, dans les cas de Kader, était encore absolument l'opposé de ce qu'on trouve dans l'arthrite cervicale rhumatismale.

Le fait que les muscles du cou étaient seuls pris dans les cas de Kader et l'angine pharyngienne notée dans tous les cas (excepté celui par traumatisme) permettent de supposer que les muscles étaient pris par propagation de l'inflammation. Il est bien connu du reste que le cou est souvent gonflé et douloureux quand il y a une angine pharyngienne ; le sterno-mastoïdien ne fait pas exception, ni même

le trapèze comme nous l'avons observé. Seulement, il est rare que ce gonflement aille jusqu'à produire un torticolis persévérant.

Ce qui distingue nettement le torticolis musculaire du torticolis articulaire est la position de la tête qui est inclinée vers le côté malade dans le premier, vers le côté sain dans le second.

S'il est ainsi bien prouvé que le torticolis peut être symptomatique d'une myosite, il ne l'est pas encore que cette myosite peut être d'origine rhumatismale. Dans un cas au moins de ceux de Kader il semble pourtant qu'elle l'était.

Le lumbago rhumatismal peut-il être d'origine musculaire?

Le lumbago musculaire est encore une des formes classiques du rhumatisme musculaire des anciens. Mais si le lumbago peut avoir cette origine, ce qui n'est pas prouvé, il est, par contre, certain que, dans la très grande majorité des cas, il est d'origine articulaire. La preuve de ceci a été tirée surtout de la localisation de la douleur. Elle siège, disent MM. Robin et Londe, sur un des points suivants : sur la ligne médiane, l'interligne du sacrum et de la colonne lombaire, quelquefois les interlignes des vertèbres lombaires, l'articulation sacro-coccygienne ; sur les parties latérales, les symphyses sacro-iliaques et des points latéraux, situés près de la ligne médiane, au même niveau que les points interépineux. L'attitude courbée en avant, parlerait aussi contre une affection des muscles sacro-lombaires, parce que c'est justement dans cette atti-

tude que ces muscles entrent en action. Cette attitude n'est pourtant pas constante. Dans certains cas, l'exagération de la lordose lombaire soulage le malade.

L'immobilité relative de la colonne lombaire dans les mouvements du tronc parle en faveur d'une affection articulaire.

La recherche de la localisation exacte de la douleur à la pression est la chose la plus importante pour la démonstration de la nature articulaire du lumbago. Mais les auteurs ne sont malheureusement pas d'accord sur ce point. Erben, qui a examiné 200 cas de lumbago, est arrivé à des résultats très différents de ceux de Robin, tout en concluant dans le même sens, c'est-à-dire contre son origine musculaire. Sa principale raison est l'absence de douleur à la pression et de lésions palpables dans la masse sacro-lombaire. Il a bien trouvé un gonflement du muscle du côté malade, mais il met celui-ci uniquement sur le compte de « l'augmentation de son tonus ». La douleur à la pression peut être trouvée répandue d'une façon vague, surtout chez les malades pusillanimes, qui manifestent de la douleur partout. Mais, en analysant bien les faits, Erben trouva deux points douloureux principaux ; l'un de ces points est situé contre les extrémités des apophyses transverses des dernières vertèbres lombaires. On éveille le mieux la douleur en enfonçant les doigts d'abord verticalement en avant contre les extrémités des apophyses transverses, et puis en dedans, vers la ligne médiane.

L'autre point douloureux correspond au passage des rameaux fessiers des premiers nerfs lombaires sur la crête iliaque. [Dans quelques cas on trouve noté une sensibilité

sur la ligne médiane du sacrum. Ces cas ne sont pas de vrais lumbagos, mais plutôt des cas « d'irritation spinale » ou d'autres myélopathies].

Les deux points douloureux principaux ne coexistent pas dans les mêmes cas, mais correspondent à deux formes de lumbago. Quand la douleur siège sur les points apophysaires transverses, il s'agirait de lumbago articulaire. Quand la douleur siège sur le passage des nerfs cutanés lombaires sur la crête iliaque, il s'agirait de névralgies lombaires.

Ces deux formes de lumbago se différencient encore par des symptômes secondaires. La forme articulaire est caractérisée par :

- 1° Point douloureux apophysaire transverse.
- 2° Absence du point névralgique.
- 3° La flexion latérale vers le côté malade est gênée.

La forme névralgique est caractérisée par :

- 1° Point névralgique.
- 2° Absence du point apophysaire.

3° La flexion latérale vers le côté sain est plus douloureuse que vers le côté malade, parce que, dans la flexion vers le côté sain, ce sont les muscles du côté malade qui se contractent et compriment les nerfs malades.

Erben crée encore une troisième forme de lumbago, caractérisée par la fusion des deux autres formes.

En présence de résultats aussi différents que ceux de Robin et ceux d'Erben nous pensons que de nouvelles recherches s'imposent.

Au point de vue étiologique, il est curieux de ne voir, dans aucune des observations d'Erben, des manifestations articulaires sur d'autres points du corps. La cause la plus

fréquente était un effort brusque de redressement du tronc, et cette cause produisait indifféremment la forme articulaire et la forme névralgique du lumbago.

OBSERVATION I

Rhumatisme musculaire de la région fessière.

18 janvier 1900. — M. A..., 45 ans, se plaint depuis hier d'un lumbago. La douleur n'est point vive, mais gênante pour certains mouvements, surtout celui de lever la jambe gauche en s'appuyant uniquement sur la jambe droite.

M. A... n'est pas habituellement « rhumatisant », mais « nerveux » et souffre de tachycardie paroxystique, par hypertension artérielle. Le malade nous est confié par M. Huchard pour le massage.

À l'examen on trouve que les mouvements passifs de la hanche droite sont absolument indolores. Des mouvements actifs, il n'y en a qu'un qui soit douloureux, celui de porter la jambe en abduction contre une résistance. Le redressement du tronc n'est pas douloureux.

L'inspection de la région malade ne révèle aucun signe.

La pression autour de l'articulation de la hanche ou sur l'articulation sacro-iliaque ne produit aucune douleur. Mais entre le grand trochanter et la crête iliaque, à 3 ou 4 centimètres environ de celle-ci, on éveille une douleur en pressant sur un point qui occupe une surface grande comme une pièce de deux sous.

On sent à la palpation que ce point correspond à un gonflement et à un empâtement d'une partie du muscle moyen fessier. Massage.

20 janvier. — M. A... a pu monter à cheval hier, pendant plusieurs heures, ce qui prouve que la douleur de la région fessière n'était point bien vive. Mais le soir, et surtout ce matin, elle est beaucoup plus forte et gêne considérablement la marche qui est légèrement boiteuse. Les signes locaux sont aussi plus

prononcés. Il y a un œdème appréciable par l'inspection et surtout par la palpation de la région située entre la crête iliaque et le grand trochanter. La pression sur cette région éveille aussi une douleur plus vive que les jours précédents. Massage léger de la région malade.

22 janvier. — La douleur spontanée a complètement disparu, le gonflement de même. Il ne persiste qu'une très légère douleur à la pression. Massage.

23 janvier. — Toute douleur, aussi bien spontanée que provoquée, a disparu.

Dans notre observation II que nous communiquons ci-dessous nous avons trouvé, de chaque côté de la crête sacrée, des nodosités sous-cutanées, probablement en rapport avec une arthrite sèche de l'articulation sacro-iliaque.

OBSERVATION II

M. M..., 40 ans, vient se faire soigner à Bourbon-Lancy pour une affection cardiaque. Il se plaint également de douleurs dans les reins. Le malade nous est confié par le Dr Toussaint, pour le massage.

En examinant la région lombaire et sacrée, on trouve, de chaque côté de la crête sacrée, une multitude de nodosités sous-cutanées dont la pression éveille une vive douleur.

En appliquant l'oreille sur le sacrum pendant que le malade fait des mouvements de nutation et de contrenutation, on aperçoit des craquements articulaires. Il y a donc de l'arthrite sèche des articulations sacro-iliaques. Après trois semaines de massage la douleur aussi bien que les nodosités ont disparu, mais les craquements persistent.

Remarque. — Si nous n'avions pas examiné soigneusement l'état des articulations sacro-iliaques, il aurait été difficile d'éviter l'erreur de prendre les nodosités sous-cutanées pour une affection primaire, tandis qu'elle n'était probablement que symptomatique.

CHAPITRE XI

Le rhumatisme musculaire et la céphalée.

Le rhumatisme épïcra'nien formait une des grandes classes du rhumatisme des anciens auteurs (Chomel, Monneret).

« Il peut occuper, dit Chomel, la totalité de la voûte crânienne, ou bien se borner à une seule région..... La douleur augmente dans les mouvements du muscle occipito-frontal, ou par une pression extérieure ». L'hémicrânie en serait une des manifestations.

Ce genre de rhumatisme n'a pas eu beaucoup de succès dans ces derniers temps. On trouve pourtant dans la littérature quelques mentions éparses de nodosités sous-cutanées ayant leur siège autour du crâne. Les nodosités sous-cutanées, éphémères, que décrit Féréol, avaient leur siège sur le front et paraissaient faire corps avec le périoste. Leur apparition coïncidait avec des accès de migraine, chez une femme arthritique.

Dans l'observation qui fait la base de l'article sur les nodosités sous-cutanées éphémères et le rhumatisme, par

MM. Troisier et Brocq (*Rev. de Méd.* 1881), on trouve que le siège de celles-ci était la région occipitale. Ces tumeurs, au nombre d'une dizaine, se groupaient à la partie postérieure du crâne, vers la suture lambdoïde. Elles étaient douloureuses à la pression. On pouvait faire glisser sur elles le cuir chevelu, mais elles ne faisaient pas corps avec l'os. Elles s'étaient développées pendant une attaque de rhumatisme articulaire aigu.

D'autre part, on trouve aussi quelques observations d'œdèmes aigus circonscrits accompagnant une névralgie crânienne. E. Wagner, cité par Küssner (*Berl. Klin. Wochenschrift*, 1889) a observé des œdèmes circonscrits du front dans la névralgie sus-orbitaire. Gowers cité par Wills and Cooper (*The Brain*, 1893) a rapporté un cas où le cuir chevelu était le siège d'un gonflement œdémateux pendant une névralgie crânienne.

Jamieson (*Edinburgh Med. Journal*, 1883) a observé un cas d'œdème cutané de la face chez une femme de 60 ans, qui souffrait de rhumatisme chronique. Ce gonflement de la face était accompagné de migraine et disparut dans trois jours.

Strandgaard (*Om Gigt og urinsur diatese*, Kjöbenhavn, 1899) rapporte l'observation d'un homme de 35 ans, neurasthénique et goutteux, qui souffrait de migraines tenaces et de douleurs rhumatoïdes dans la nuque où l'on constatait plusieurs « noyaux de myosite » dans le trapèze, qui disparurent après un traitement par le massage et l'électricité.

Les auteurs suédois, Josephsson, Kleen, Kjellberg

mettent la céphalée en rapport avec le rhumatisme musculaire de la nuque.

C'est Norström qui a étudié de plus près les relations entre la céphalée et le rhumatisme péricrânien (*Traité du Massage*, 1891).

« Nous avons vu, dit-il, dans le cours des myosites (Norström qualifie tout changement de consistance d'un muscle de myosite) des accidents éloignés, des névralgies dont on ne soupçonnait guère le point de départ ; tout cela disparaissait avec l'inflammation (du muscle). Quand vous vous trouverez en présence d'une hémicrânie dite rhumatismale, d'une névralgie [sus-orbitaire ou faciale dont l'origine nous échappe, ne bornez point votre examen à la région douloureuse.

J'avais vu des indurations sur les bords et au niveau des attaches crâniennes des muscles trapèze, splénus, sterno-mastoïdiens. C'était, dira-t-on, une coïncidence. Nullement ! La pression sur les foyers suffisait pour déterminer un accès semblable à ceux qu'avaient éprouvés les malades : on fait disparaître le noyau suspect, les paroxysmes cessent ». Norström ne se prononce pas définitivement sur les liens pathogénétiques qui unissent les « myosites » du cou avec les névralgies crâniennes ; mais il semble pencher vers l'hypothèse « d'une névrite par propagation ».

Cette interprétation des phénomènes observés nous satisfait aussi peu que celle de Juvénin (*Le massage appliqué au traitement des maladies par ralentissement de la nutrition* 1897). « Les muscles du cou, dit-il, s'indurent et par cela même, exercent une compression permanente

sur les vaisseaux sanguins contigus... Au-dessus de cette obstruction de la région cervicale, les veines se dilatent. Il se forme une pléthore sanguine intra-cérébrale ».

Nos observations personnelles ne sont pas non plus tout-à-fait d'accord avec la description que donne Norström des douleurs qui accompagnent le rhumatisme des muscles de la nuque, et qui seraient, d'après lui, à forme névralgique. Elles nous ont plutôt semblé revêtir la forme de la céphalée ordinaire des neurasthéniques. (Dans certains cas, elles peuvent se montrer uniquement quand le malade remue la tête; voir notre observation III du chapitre III).

La neurasthénie se trouve aussi presque toujours notée chez les malades qui ont fait le sujet des observations de rhumatismes des insertions musculaires de la nuque avec douleurs épicroâniennes. Est-ce que la relation entre cause et effet ne serait pas l'inverse de ce que pense Norström? La neurasthénie ne serait-elle pas la maladie initiale, le rhumatisme ne venant qu'après, comme une complication. C'est, en effet, l'opinion adoptée par M. Petrén (*Eira*, 1899). Le fait que les douleurs épicroâniennes disparaissent avec les indurations musculaires ne peut servir à infirmer cette interprétation, car on peut guérir une complication, avec les symptômes qu'elle provoque, sans guérir la maladie initiale.

On sait que la neurasthénie est accompagnée de vaso-dilatation dans le cerveau pendant les crises de céphalée. La vaso-dilatation occasionne une augmentation de la tension intracérébrale; or, l'augmentation de la tension intracérébrale peut-être la cause d'une hyperalgésie cutanée du cuir chevelu (Head). Ce phénomène ne peut s'expliquer que par une

action réflexe. Etant donné l'origine réflexe de certains œdèmes circonscrits et du rhumatisme musculaire d'autres parties du corps, il n'y a rien que de très logique d'admettre la même origine pour le rhumatisme des muscles du crâne et des insertions musculaires de la nuque.

Les observations que nous avons citées plus haut, d'œdèmes circonscrits de la tête avaient tout à fait les caractères des œdèmes névropathiques et ils étaient accompagnés de céphalée. Les « myosites » des insertions musculaires de la nuque ne seraient donc autre chose que des œdèmes névropathiques, à l'état chronique. Les conditions de leur développement, à savoir la neurasthénie avec l'hypertension intracrânienne intermittente qui l'accompagne, sont les mêmes que pour l'hyperalgésie cutanée du crâne, qui, elle, est manifestement un phénomène réflexe. Dans les observations de Norström on voit aussi, que ses malades souffraient souvent, en même temps, que de « myosites » de la nuque, des muscles crâniens (temporal par ex.), d'hyperalgésie cutanée crânienne.

Il est à noter également que la pathogénie de ces deux phénomènes serait la même ici que pour la douleur et les œdèmes réflexes symptomatiques de maladies d'autres organes, c'est-à-dire la mise en tension d'un organe creux, la boîte crânienne pouvant être considérée comme tel à certains points de vue.

Mais comment expliquer que la céphalée, qui accompagne manifestement les indurations musculaires de la nuque, s'exaspère quand celles-ci augmentent et *vice versa* ? Faut-il y voir simplement un phénomène de compression des nerfs, qui traversent les insertions musculaires et montent

sur le crâne? Nous ne le croyons pas; car la « douleur correspondante », indiquée par les malades quand on exerce une pression sur les muscles douloureux, siège dans les régions temporales et frontales. Il s'agit là plutôt d'une de ces *douleurs associées* dont il existe des exemples sur d'autres points du corps. Ainsi, par exemple, T. Monro (*The Brain* 1895) a rapporté le cas d'un homme de 45 ans qui éprouvait une sensation de brûlure, quelquefois de douleur vive, dans le côté droit, au niveau de la septième côte. Au centre de l'endroit douloureux, on sentait un épaississement local de la côte, comme si elle avait été fracturée. Mais il souffrait encore à la face dorsale de l'avant-bras, dans le territoire d'innervation du rameau cutané externe du radial. Rien, localement, ne pouvait expliquer cette douleur. Le malade ne présentait aucun symptôme pathologique, excepté cet épaississement circonscrit de la septième côte. Le point important de l'observation de Monro est celui-ci : quand on frottait la partie sensible de l'avant-bras, le malade éprouvait toujours, simultanément, une douleur dans le point épaissi et douloureux de la septième côte. Pour expliquer ce phénomène, Monro fait remarquer que le rameau cutané externe de l'avant-bras et le rameau perforant latéral des nerfs intercostaux sont des nerfs homologues. Head décrit également des associations fréquentes entre l'hyperalgésie cutanée de divers segments du corps, particulièrement à la tête.

Il existe donc des douleurs associées. Il est probable que la douleur du front et des tempes qu'éveille la pression des muscles douloureux de la nuque en est un exemple.

M. Rendu a observé une femme goutteuse, qui présen-

tail souvent des gonflements subits du tissu cellulaire, soit du front, soit aux bras, le plus souvent vers les régions sus-claviculaires. Ces accidents coïncidaient avec un catarrhe nasal subit, ou avec des névralgies temporales excessives (Rendu. Art. Goutte du Dict. Encycl.)

OBSERVATION I (Résumée).

Myosites multiples dans le sterno-cléido-mastoïdien et le trapèze des deux côtés. Céphalalgie diffuse habituelle, avec exacerbations. Massage ; guérison (Obs. CXV de Norström).

Mme K..., 40 ans, très nerveuse. Il y a 6 ans, rhumatisme polyarticulaire aigu. Depuis lors, attaques périodiques de céphalalgie. Elle éprouvait des douleurs violentes à la tête, comme si on la frappait à coups de marteau, elle devient pâle et frissonne. L'œil du côté douloureux devient rouge et larmoyant. Le lendemain de chaque attaque, il reste de l'engourdissement avec hyperesthésie du cuir chevelu. Elle n'ose même pas se peigner.

Sur le trajet du sterno-mastoïdien gauche, à un travers de doigt environ de l'apophyse mastoïde, on sent une tuméfaction dure dont la limite inférieure se confond avec le tissu musculaire du voisinage. La pression exercée sur ce point produit une sensation extrêmement pénible. Dans la partie supérieure du trapèze des deux côtés, on trouve également des tuméfactions dures, de même que dans le sterno-mastoïdien et le splenius droits.

Il y a un peu de sensibilité et de tuméfaction au niveau de la partie supérieure des muscles temporaux.

L'intensité des attaques de céphalalgie diminue sous l'influence du massage des infiltrations musculaires et finit par disparaître après trois mois de traitement.

OBSERVATION II (Résumée)

Neurasthénie, céphalée, indurations diffuses des muscles de la nuque et du péricrâne (Personnelle).

M. X., 45 ans, fonctionnaire, souffre depuis une dizaine d'années d'accès de céphalée fréquents, souvent violents ; en dehors des attaques de céphalée, il a une sensation de constriction autour de la tête ; un affaiblissement de la mémoire. Rien à noter des autres organes, excepté une cystite chronique, qui semble avoir été la cause de sa neurasthénie. Son état l'oblige à prendre des congés fréquents et prolongés.

La partie supérieure des muscles de la nuque, près de leurs insertions, est douloureux à la pression et indurée. On sent, en faisant glisser l'aponévrose épicroânienne sur le péricrâne, ou l'aponévrose temporale sur le muscle temporal, de petites nodosités, grandes comme des grains de blé, paraissant faire corps avec le péricrâne ou le muscle temporal. Elles sont très sensibles. Il y en a surtout beaucoup dans la région temporale.

Massage de la nuque et de la tête, exécuté en faisant glisser les téguments mobiles sur le péricrâne et les nodosités.

Certains jours celles-ci sont plus douloureuses que les autres jours et semblent augmenter de volume. Ceci coïncide toujours avec une exacerbation de la céphalée. Mais après trois semaines de traitement, elles deviennent moins douloureuses et disparaissent en partie ; de même que les indurations des muscles de la nuque. En même temps les attaques de céphalée deviennent moins intenses et plus rares.

Remarque. — A noter la ressemblance entre ces nodosités et celles décrites par MM. Troisier et Brocq.

OBSERVATION III (Résumée).

Arthrite sèche des genoux, des épaules, des articulations vertébrales lombaires ; indurations musculaires de la nuque ; attaques de migraine (Personnelle).

M. X., 55 ans, qui vient se faire soigner à Bourbon-Lancy

pour diverses manifestations rhumatismales, nous est adressé pour le massage par le Dr Piatot. X... souffre depuis une douzaine d'années de douleurs rhumatismales et de migraines fréquentes. Ces attaques de migraine durent en général une journée entière et reviennent trois fois par semaine environ. Congestions pulmonaires fréquentes, tantôt d'un côté, tantôt de l'autre, cédant à des applications de pointes de feu.

Les attaques de migraine s'annoncent toujours quelques heures d'avance par un endolorissement de la nuque. Douleurs dans les « reins » et le pied droit, ce qui rend la marche pénible.

Examen, 8 juillet 1898. Cœur : bruits normaux. Râles de congestion dans la partie inférieure du poumon droit.

Craquements articulaires dans les genoux, les épaules, les articulations lombaires (perceptibles par l'auscultation). Déviations des orteils.

Les deux muscles trapèze sont douloureux et indurés, surtout vers leurs insertions sur l'os occipital.

8 juillet. — Douleur à la hanche droite, au-dessus du grand trochanter ; la palpation du moyen fessier est douloureuse. On ne perçoit pas de craquements articulaires à la hanche. Les mouvements passifs sont indolores, mais l'abduction de la cuisse contre une résistance est douloureuse. Les râles de congestion du poumon droit ont disparu sous l'influence des pointes de feu, appliquées par M. Piatot.

18 juillet. — Jour de migraine. La partie supérieure du trapèze droit est gonflée. Ce gonflement est appréciable à l'inspection et très douloureux à la pression.

19 juillet. — Le gonflement du trapèze droit moins prononcé et moins douloureux. Pas de migraine. En massant le ventre, nous nous apercevons d'une sorte de cordon dur, de la longueur de 3 à 4 centimètres, un peu à gauche de la ligne médiane, entre la pointe de l'apophyse xiphoïde et l'ombilic. La pression de cet endroit provoque un état nauséux. (Les digestions de M. X... se font souvent mal. « Lourdeur d'estomac » et quelquefois nausées quand le rhumatisme se fait sentir plus que d'ordinaire.)

23 juillet. — Cessation du traitement. Les muscles trapèze sont

moins durs et douloureux qu'au début du traitement (bains, massage). Migraines moins fréquentes.

REMARQUE. — M. X... est un exemple très complet d'un neuro-arthritique. Nous n'avons pas pu constater de l'arthrite sèche des vertèbres cervicales, ni de la hanche. Mais, par analogie, on peut la supposer. Il est fort possible que les douleurs et infiltrations musculaires de la nuque et de la hanche aient été symptomatiques de l'arthrite sèche. Il y avait pourtant une localisation absolument extra-articulaire du rhumatisme musculaire, celle de la paroi abdominale. Était-elle symptomatique d'un état gastrique? Cela est probable. Les attaques de migraine étaient régulièrement précédées de douleurs et de gonflements de la partie supérieure du trapèze. Elles diminuèrent avec celui-ci.

CHAPITRE XII

Autres localisations du rhumatisme musculaire.

Nous ne pouvons nous arrêter à décrire toutes les localisations possibles du rhumatisme musculaire. Cela n'offrirait aucun intérêt, car les caractères de ces localisations peuvent se prédire d'avance. Nous nous bornerons à communiquer quelques observations caractéristiques.

Une des grandes classes du rhumatisme musculaire des anciens était celui du muscle deltoïde, *le deltoïde*, comme on l'appelait tout court. Il a été décrit particulièrement par Beau (*Archives générales*, 1862). Il serait bien difficile, dans la plupart des cas, de nier que le deltoïde ne soit pas symptomatique d'une affection de l'articulation de l'épaule ou des bourses séreuses et gaines tendineuses qui l'entourent, ainsi que cela est généralement admis aujourd'hui. Dans certains cas pourtant, les lésions semblent se localiser exclusivement à l'insertion inférieure du muscle. Ceci ne s'explique pas bien par l'hypothèse d'une inflammation de la bourse sous-delloïdienne, qui est située sous l'acromion. F. A. Hoffmann en rapporte un

exemple (*Lehrbuch des Konstitutionskrankheiten*, 1893).

La *pleurodynie* constituait encore une des grandes classes du rhumatisme musculaire des anciens. Aujourd'hui on n'en parle plus. Est-ce à tort ou à raison ? Il nous semble que c'est un peu à tort.

La *pleurodynie*, dit Peter, est essentiellement l'inflammation rhumatismale de quelques-uns des muscles thoraciques et surtout des dentelés ; mais l'inflammation, si elle est intense peut ne pas rester bornée aux muscles et envahit tous les plans superposés de la cage thoracique, jusqu'à la plèvre inclusivement. La *pleurodynie*, selon cette description, ressemble beaucoup au degré le plus léger de la fluxion de poitrine, comme le fait remarquer le Pr Dieulafoy, qui pourtant met la douleur sur le compte de la plèvre. On constate, dit-il, à l'auscultation de la poitrine, au niveau de la région douloureuse, quelques frottements pleuraux.

Mais il semble aussi que les muscles peuvent être douloureux indépendamment de la plèvre. Chomel et Peter ont décrit, comme signes d'auscultation dans la *pleurodynie*, de la submatité à la percussion et de l'affaiblissement du murmure vésiculaire. Nous avons fait cette même constatation dans un cas de *pleurodynie*, comme le montre l'observation ci-dessous. Chomel et Peter mettent ces signes sur le compte de la contracture musculaire. « Le murmure vésiculaire, dit Peter, rendu plus faible parce que, instinctivement, le malade dilate moins le côté douloureux, n'est cependant mélangé d'aucun bruit anormal ».

Cet affaiblissement du murmure vésiculaire existait, dans notre observation, mais était limité à une surface grande

comme une paume de main et correspondait à la région douloureuse et œdémateuse. On ne peut pas admettre que le malade ne dilate pas suffisamment la poitrine sur un endroit aussi limité ; mais on peut, au contraire, admettre que l'œdème circonscrit élastique de la région changeait suffisamment les conditions physiques de l'auscultation et de la percussion pour rendre compte des signes observés. (Toute hypothèse de pleurésie purulente pouvait être écartée, puisque l'apparition de cet œdème circonscrit était brusque, et qu'il ne durait qu'un jour, chez une personne n'ayant jamais eu, avant ni après, des symptômes pulmonaires, mais bien des œdèmes rhumatismaux sur d'autres parties du corps).

D'autre part, James Mackenzie (*The Brain*, 1893) a observé un cas de pleurésie sèche avec douleur à la pression des muscles de la paroi thoracique. Cette douleur correspondait très imparfaitement aux bruits de frottement pleuraux. Il y avait de la douleur où il n'y avait pas de frottement, et du frottement où il n'y avait pas de douleur. Les muscles des parois de l'aisselle (le grand pectoral et le grand dorsal) du côté malade étaient extrêmement douloureux à la pression. Mackenzie met cette douleur sur le compte d'un réflexe et la compare avec l'atrophie musculaire qui accompagne les arthrites. [Nous nous rappelons même avoir vu, à la consultation du P^r Raymond, un cas d'atrophie scapulo-humérale, due à une ancienne pleurésie].

OBSERVATION I

Pleurodynie.

Mme X..., 28 ans, souffre souvent de « douleurs rhumatismales », mais n'a jamais eu d'articulation malade. Actuellement elle se plaint d'une vive douleur du côté droit (déc. 1897).

EXAMEN. — La douleur siège autour de la pointe de l'omoplate. La palpation de cette région permet de constater l'existence d'un œdème élastique, occupant une surface grande comme une paume de main. Le bord externe du grand dorsal participe au gonflement.

Percussion : Submatité limitée à la surface œdématiée.

Les *vibrations thoraciques* sont augmentées à ce même niveau.

Auscultation : Affaiblissement du murmure vésiculaire sur la surface douloureuse et œdémateuse. Signes physiques normaux sur tous les autres points des deux poumons. Pas de frottements pleuraux, pas de râles.

Le lendemain tout était rentré dans l'état normal.

Le rhumatisme musculaire des membres inférieurs.

Les douleurs que peut causer le rhumatisme des muscles de la jambe, peuvent, jusqu'à un certain point, simuler la névralgie du sciatique ou du crural. Il suffit pourtant de constater, d'une part, l'absence des signes caractéristiques des névralgies ou névrites et, de l'autre, les indurations musculaires pour ne pas s'y tromper.

Dans la névrite du sciatique comme dans toutes les névrites, il peut y avoir des œdèmes circonscrits, qui pourraient être confondus avec les œdèmes rhumatismaux, si l'on négligeait de chercher les signes de la névrite. Dans

ses observations de rhumatisme des muscles de la cuisse et de la fesse, Norström signale toujours l'*atrophie* de ces muscles. Nous n'avons jamais trouvé d'atrophie dans le rhumatisme musculaire. C'est ce qui nous fait penser que les malades de Norström ont dû avoir, antérieurement, une névrite avec œdèmes qui s'étaient indurés consécutivement.

Dans les cas où il existe, en même temps, une sciatique et des lésions rhumatismales, il est probable que c'est la sciatique qui est l'affection primitive et que le rhumatisme est secondaire, et non pas le contraire, comme le veut Gowers, qui explique alors la sciatique par une compression du nerf produite par les lésions rhumatismales. (*A Manual of diseases of the nervous system*, 1886, p. 85.)

L'observation suivante est un exemple typique de rhumatisme musculaire de la cuisse. Le diagnostic de névralgie sciatique et crurale avait pourtant été fait.

OBSERVATION I

Rhumatisme musculaire de la cuisse.

M. X..., 75 ans, qui vient se faire soigner à Bourbon-Lancy en 1899, nous est adressé par le Dr Toussaint pour le massage.

En dehors de symptômes relevant d'une cardio-sclérose, M. X..., se plaint de douleurs dans « les reins » et dans la jambe gauche. Ces douleurs durent depuis 20 ans. Elles ont été traitées comme une névralgie sciatique (stypage, etc.), sans résultat.

Examen de la jambe. — Pas d'atrophie musculaire, pas de varices; réflexes normaux. Un peu d'arthrite sèche des deux genoux. La pression des troncs des nerfs sciatique et crural sur

les points d'élection ne provoque aucune douleur. Le signe de Lasègue n'existe pas. Mais la pression de la partie supérieure de la masse des adducteurs est très douloureuse. Il en est de même de la partie externe de la cuisse, de haut en bas. La palpation permet de reconnaître, dans la masse des adducteurs, à quatre travers de doigts au-dessous du pli génito-crural, une callosité bien limitée, du volume d'un œuf de pigeon. Elle semble faire corps avec le moyen adducteur. C'est cette callosité, qui est le siège précis de la douleur à la pression de cette région.

Du côté externe de la cuisse, on éveille une vive douleur en soulevant entre deux doigts le fascia lata, qui semble épaissi et infiltré.

Après trois semaines de traitement (bains, massage) la callosité musculaire de la face interne a diminué et est devenue moins douloureuse. Le fascia lata n'est plus du tout douloureux et semble plus souple. Les douleurs spontanées de la jambe ont diminué.

REMARQUE. — A noter la ressemblance de cette callosité musculaire avec l'ostéome des cavaliers. Il ne pouvait s'agir d'un ostéome, puisqu'elle a diminué de volume pendant le traitement. M. X... a toujours eu des occupations sédentaires.

Si le diagnostic du rhumatisme musculaire avec les névralgies ou les névrites des membres inférieurs n'offre que rarement des difficultés, il n'en est point de même avec les varices profondes et certaines phlébites ou plutôt périphlébites rhumatismales.

Les deux observations suivantes montreront les difficultés que peut présenter ce diagnostic.

Dans la première, il s'agit d'un malade du service du Pr Kussmaul; l'observation a été publiée par M. Kreiss dans le *Berl. Klin. Wochenschrift*, 1886, sous le titre suivant :

OBSERVATION I (résumée).

Un cas de myosite primitive indurée des muscles du mollet (callosités rhumatismales de Froriep).

M. X..., 30 ans, sans antécédents pathologiques, notamment pas de blennorragie, ni de syphilis. Déjà en 1874, il avait éprouvé, en marchant, une certaine raideur dans la jambe droite. L'extension complète de la jambe était difficile. Ces symptômes disparaissaient totalement. En 1883, il éprouva subitement une douleur dans le genou gauche et dans l'articulation tibio-tarsienne gauche. L'extension du genou devenait impossible.

Le malade marchait sur la pointe du pied. Quelques semaines plus tard, la raideur prenait aussi la jambe droite, sans qu'il eût des douleurs articulaires. Alors la marche devenait presque impossible. Les articulations du genou et du cou de pied enflèrent, sans devenir douloureuses. Pas de fièvre.

L'état du malade, quand il entre à l'hôpital, était le suivant. A la jambe gauche on notait un épaississement considérable de la peau et du tissu cellulaire sous-cutané. On ne pouvait faire un pli à la peau. Elle semblait adhérer aux muscles, du genou jusqu'au pied, et présentait une pigmentation brune. La jambe droite présentait les mêmes phénomènes, mais dans un moindre degré. La sensibilité et les réflexes étaient normaux. On sentait dans les muscles du mollet droit, derrière le bord interne du tibia, un cordon dur qui commençait en haut un peu au-dessus de la partie la plus volumineuse du mollet et s'étendait au bas sur une longueur de 10 centimètres environ. En dehors de ce cordon, on en sentait encore un autre plus court, moins nettement circonscrit. Dans le mollet gauche on sentait également derrière le bord interne du tibia un cordon encore plus dur qu'à droite et inégal, s'étendant sur presque toute la hauteur du mollet. La sensation tactile de ce cordon était celle d'une dureté tendineuse, non osseuse. La localisation anatomique de ces cordons semblait être l'espace qui sépare le soléaire du gastrocnémien.

La pression des muscles du mollet n'était pas particulière-

ment douloureuse. Le malade n'avait jamais beaucoup souffert de ses jambes. Mais ses pieds étaient toujours très froids. Les réactions électriques des muscles de la jambe étaient normales. « On ne pouvait douter qu'il s'agissait d'une myosite primaire avec formation de callosités dans le tissu fibreux des muscles du mollet ».

Selon M. Kreiss, il n'y a pas de limite fixe entre le rhumatisme musculaire et la myosite ossifiante. Les callosités de Froriep formeraient justement le trait d'union. Froriep lui-même localisait ses « rheumastische Schwielen » dans le tissu fibreux, même dans le périoste.

L'observation suivante est un exemple d'une de ces localisations périostiques des nodosités sous-cutanées.

OBSERVATION II (personnelle)

Mlle L..., 45 ans, souffre depuis quatre semaines de douleurs dans la jambe droite, principalement sur un endroit qu'elle montre situé sur la face interne du tibia et un peu en dehors de celui-ci, occupant une hauteur de 5 centimètres environ, et commençant, en bas, à 10 centimètres au-dessus de l'articulation tibio-tarsienne. Les douleurs sont assez fortes pour l'empêcher de dormir. Elle a déjà eu des douleurs semblables, il y a dix ans. Soignée alors, en Angleterre, par des médicaments homœopathiques. Guérison au bout de six mois.

Examen. — Femme obèse. Varices capillaires sur les jambes. Pas d'œdème. Coloration normale de la peau.

La palpation de l'endroit douloureux permet de sentir une multitude de petites nodosités sous-cutanées, du volume de grains de blé. Celles qui sont situées sur la face interne du tibia semblent faire corps avec le périoste. Elles sont très sensibles à la pression.

Au milieu du mollet, une palpation profonde permet de sentir des nodosités semblables. Le nerf sciatique est sensible à son point trochantérien. Signe de Lasègue positif à droite. Pas « d'élancements » de sciatique. Rien à noter des autres organes.

Après quinze jours de massage quotidien, qui avait commencé par augmenter les douleurs, toute douleur spontanée a disparu. On sent toujours les nodosités sous-cutanées, mais moins distinctement. Elles sont moins sensibles à la pression. Le signe de Lasègue n'existe plus.

REMARQUE. — La classification exacte de ce cas offre des difficultés. Il emprunte des caractères à la fois de la névralgie sciatique, des varices profondes et des nodosités rhumatismales.

Dans l'observation de Kreiss, le diagnostic entre les callosités rhumatismales de Froriep et la phlébite rhumatismale ne laisse pas que d'être quelque peu embarrassant. Dans de semblables cas, les erreurs doivent être assez fréquentes, d'autant plus que les indurations musculaires rhumatismales sont peu ou pas du tout mentionnées dans les livres didactiques. MM. Mathieu et Weil (l. c.) s'expriment à ce propos de la façon suivante : « Nul doute que des œdèmes semblables à ceux que nous venons de signaler n'aient été souvent attribués aux varices profondes. C'est une explication commode qui échappe le plus souvent à la démonstration. » Il est vrai que les auteurs de cet article ne parlent pas de « callosités ». Ils ne parlent que de « l'œdème dur ». Mais pour peu que l'œdème dur passe un peu à la chronicité, surtout chez un individu dont le sang contient des produit irritants, chez un arthritique par exemple, il se transforme en callosité. M. Kreiss dit que des cas semblables à celui qu'il décrit dans son observation sont rares. Cela est vrai. On trouve rarement des cas avec altérations aussi prononcées que dans le sien. Mais les mêmes altérations, moins prononcées, s'observent assez

souvent et, si on les cherchait, s'observeraient encore plus souvent.

Nous nous rappelons nous-mêmes en avoir observé quelques-unes, ayant notre attention attirée sur ce point, et même les avoir traitées par le massage, dont le résultat était la disparition de l'induration, résultat qui ne se serait pas produit, s'il s'était agi de varices ou phlébites. En Suède, le pays du massage, cette notion est classique. Mais la littérature manque pour ainsi dire complètement.

Le diagnostic n'est point toujours facile, d'autant moins qu'il existe des formes intermédiaires, où l'irritation du tissu cellulaire est produite par les varices. M. Censier, dans son livre intitulé : *Cœur, vaisseaux* (Paris, 1898), dit ceci : Les varices contractent des adhérences avec les tissus voisins. Cette dilatation chronique avec allongement anormal ne va pas sans irriter le tissu cellulaire péri-veineux qui se sclérose à son tour, et s'épaissit quelquefois même d'une manière prédominante ». Il nous semble que le cas observé par M. Kreiss n'était pas une myosite primaire, mais plutôt une de ces formes intermédiaires, ou encore un œdème névropathique passé à l'état scléreux.

L'œdème vulgaire des cardiaques et des brightiques peut également se scléroser, s'il dure longtemps et si le sang contient des produits irritants, comme l'a fait remarquer M. Merklen dans le *Journal des Praticiens* du 17 mars 1900. Le résultat final de ce processus sclérogène sera le même, que le point de départ ait été une myosite, de la péri-phlébite ou un œdème névropathique ou stasique. Dans tous ces cas, il se forme une induration qui très souvent prend l'aspect d'une « callosité de Froriep. »

La pigmentation de la peau que nous voyons notée dans le cas de M. Kreiss n'est pas rare à observer sur des jambes qui sont depuis longtemps le siège d'un œdème quelconque, et il n'y a aucune raison pour qu'elle ne puisse s'observer également dans l'œdème rhumatismal ancien.

Dans l'observation suivante, enfin, qui a été publiée par Sénator dans le *Berl. Klin. Woch.* (17 juillet 1899), le rhumatisme musculaire du mollet se trouve représenté par un cas plus pur que ceux dont nous venons de parler.

OBSERVATION III

Le malade est âgé de 39 ans, il exerce la profession de forgeron. Il s'est toujours bien porté jusqu'au mois de mars dernier quand il commence à éprouver des tiraillements dans les jambes et dans les reins. Peu à peu les jambes deviennent raides et il est obligé de cesser le travail. Il a été soigné par l'électricité, des bains d'étuve, etc. A présent, il est en traitement dans notre service d'hôpital. Il se plaint toujours de tiraillements dans les jambes, surtout quand il marche.

A l'examen on ne trouve rien que des callosités musculaires dont une, très nette, est située dans le muscle gastrocnémien gauche. Le malade déclare formellement n'avoir reçu aucun coup sur les jambes. Il est assez raisonnable pour ne pas attribuer sa maladie à un refroidissement. Il déclare ne rien savoir de la cause du mal.

CHAPITRE XIII

Diagnostic

En raison des localisations et origines multiples du rhumatisme musculaire et surtout en raison du fait que, le plus souvent, il n'est que symptomatique, il n'est pas possible de passer en revue toutes les affections avec lesquelles il est susceptible d'être confondu. Le point essentiel sera toujours la recherche, par une palpation attentive, du siège exact de la douleur et des changements de consistance des tissus. Ces changements de consistance peuvent aller d'un œdème aigu, élastique, jusqu'à une induration calleuse. D'autre part, les lésions peuvent être diffuses ou circonscrites, donnant alors la sensation de nodosités ou granulations sous-cutanées.

Cette dernière forme est identique avec les nodosités rhumatismales de Jaccoud. Celles que décrivait Meynet (de Lyon) en 1875, siègent sur les tendons, aponévroses et au voisinage des articulations, mais ne diffèrent pas essentiellement des nodosités rhumatismales qu'on trouve sur d'autres points du corps.

Elles diffèrent de celles de l'*érythème noueux*, surtout par l'absence de changement de coloration de la peau.

Nous ignorons si, par une évolution progressive, les indurations musculaires rhumatismales peuvent arriver jusqu'à l'ossification. Nous n'en avons jamais vu d'exemple. Toujours est-il que la description du stade initial de la *myosite ossifiante* correspond assez bien à notre description du rhumatisme musculaire. M. Lejars (*Traité de Chirurgie*) décrit ce stade initial de la façon suivante : « Les muscles deviennent douloureux, des bosselures se soulèvent à leur surface, d'abord œdémateuses, demi-fluctuantes; on dirait autant d'abcès sans rougeur ni réaction fébrile. Leur consistance devient pâteuse; elles se concrètent et s'indurent. »

Il y a une affection qui, si elle existe, serait bien difficile à distinguer du rhumatisme musculaire à son état aigu : nous voulons parler des *varices lymphatiques à forme latente*, affection décrite par M. Afanassiev (*Sem. méd.*, 4 oct. 1899).

« Cette affection, dit-il, s'observe généralement chez des sujets atteints de douleurs névralgiques ou rhumatoïdes. La simple inspection des parties douloureuses ne révèle, il est vrai, l'existence d'aucune dilatation des lymphatiques, mais il suffit de pratiquer avec le pouce, sur la peau préalablement induite de vaseline, des mouvements de pression énergiques dirigés de la périphérie vers le centre pour voir se former des tuméfactions sous-cutanées tout à fait pareilles aux varices lymphatiques classiques, donnant à la pression une sensation de craquement, de crépitation, et que le massage subséquent dissipe d'une façon plus ou moins complète. Le lendemain, on la trouve tuméfiée, œdémateuse et couverte de taches ecchymotiques ».

C'est exactement ce qui se produit quand on masse trop énergiquement une région œdémateuse, que cet œdème soit passif ou actif. Les tuméfactions « pareilles aux varices lymphatiques classiques » qui se forment au-dessus du point d'application d'une pression énergique dirigée de bas en haut, se produisent également quand on fait une pression énergique sur un œdème circonscrit. Enfin, le caractère douloureux de l'affection et sa guérison par le massage, signalés par Afanassiev, indiquent clairement qu'il ne s'agit pas de varices lymphatiques.

Les difficultés du diagnostic avec les *varices profondes* et la *périphlébite* rhumatismale ont déjà été mentionnées dans le chapitre précédent. Ces difficultés proviennent surtout de l'existence de formes intermédiaires entre la périphlébite et la sclérose du tissu conjonctif inter et intramusculaire. Souvent ce n'est qu'en pratiquant soi-même le massage qu'on arrive à se rendre compte de la part que prennent les muscles et le tissu conjonctif dans ces affections.

M. Stapfer fait remarquer la valeur *diagnostique* du massage, dans les affections gynécologiques. On peut en dire autant du rhumatisme musculaire en général.

Cette éducation spéciale du sens tactile des doigts est encore souvent nécessaire quand il s'agit de distinguer entre une *contracture* et une *induration musculaire*. Ce diagnostic se pose rarement, car, la plupart du temps, l'induration musculaire n'occupe pas un muscle entier, ni un de ces faisceaux, mais un point plus circonscrit, ou encore envahit les tissus voisins. Pourtant, dans certains cas, le muscle dans sa totalité peut être induré, sans que

l'induration envahisse les tissus voisins. Ce cas n'est jamais réalisé que dans le rhumatisme musculaire par surmenage local.

Dans un cas de crampe des écrivains, par exemple, le muscle long supinateur peut être simultanément contracturé et induré. On ne pourrait alors faire le diagnostic que de contracture. Mais si le muscle n'est qu'induré, on peut, avec quelque habitude de la palpation, distinguer la consistance pâteuse que donne un muscle induré, de la consistance plus ferme du muscle contracturé. Enfin, un muscle contracturé est nécessairement raccourci et produit toujours une déviation du segment du membre sous-jacent, si ses antagonistes ne le sont pas également. Il suffit donc, en l'absence d'une telle déviation, d'examiner les muscles antagonistes. Si on les trouve normaux, il ne peut s'agir de contracture.

Les multiples infections qui peuvent donner lieu à des *polynévrites* peuvent également, et en même temps, donner lieu à des polymyosites.

Les muscles gonflés sont douloureux aussi bien que les troncs nerveux. Il s'agit ici de vraies myosites infectieuses, qui ne peuvent être confondues avec le rhumatisme musculaire. Mais, dans les polynévrites, on trouve aussi des œdèmes circonscrits non infectieux, qui ne diffèrent en rien des œdèmes névropathiques que nous avons décrits précédemment.

Les masses musculaires ne sont pas douloureuses dans la polynévrite non compliquée de myosite, mais il est probable que les œdèmes produits par la névrite peuvent devenir douloureux, s'ils persistent quelque

temps et se sclérosent. Nous avons déjà fait remarquer que c'est de cette façon que nous interprétons certains cas de « myosite chronique » avec atrophie de Norström.

Dans les cas de poliomyélite antérieure aiguë, par contre, les œdèmes sont rares. S'ils existent, le membre est livide, cyanosé, refroidi (Raymond, *Clinique des maladies du système nerveux*, t. I, p. 426). Ces œdèmes ne pourraient jamais, dans aucun stade de leur évolution, être pris pour du rhumatisme musculaire.

La maladie qui simule peut-être le mieux le rhumatisme musculaire est la *syphilis secondaire*. Non seulement elle peut donner lieu à de vraies myosites, mais encore à des douleurs musculaires mobiles alternant avec des ténosites et des arthropathies, à tel point que le Pr Fournier a donné le nom de pseudo-rhumatisme syphilitique à ces manifestations secondaires. Il en est de même avec les *gommes musculaires* qui pourraient facilement être confondues avec des indurations musculaires rhumatismales, si l'on ne prenait pas des précautions suffisantes.

Les nodosités sous-cutanées pré tibiales que nous avons décrites dans notre Obs. II du chapitre précédent ne diffèrent non plus suffisamment des *périostites syphilitiques* pour qu'une confusion ne soit très facile. De telles erreurs doivent se produire souvent. Nous en avons vu des exemples.

Les *douleurs fulgurantes* du tabes, malgré la possibilité d'œdèmes aigus en ceinture ou demi-ceinture, ne sauraient facilement être confondues avec des œdèmes rhumatismaux. Ces douleurs sont suffisamment caractéristiques pour cela.

La confusion serait plus facile avec les douleurs du *pseudo-tabes*. Nous nous rappelons avoir commis cette erreur dans un cas de pseudo-tabes alcoolique avec infiltrations musculaires des adducteurs de la cuisse.

En dehors des causes nombreuses qui peuvent donner lieu à des œdèmes circonscrits plus ou moins douloureux et dont nous avons déjà parlé, il y en a beaucoup d'autres, qui ont des points de contact plus ou moins intimes avec le rhumatisme musculaire. Dans la *chlorose*, par exemple, il peut y avoir des œdèmes circonscrits élastiques, symétriques. (Ebstein: *Handbuch der Prakt. Med.* 1898).

Des œdèmes durs ont été observés chez une femme de 45 ans, qui souffrait de *goître exophtalmique* (Morrow: *Brit. Journal of Dermatology*, 1899). De semblables œdèmes sont assez fréquents chez les personnes « nerveuses » en général, comme le rhumatisme musculaire l'est aussi.

Les œdèmes hystériques peuvent se montrer sous de multiples aspects et peuvent parfaitement simuler le rhumatisme musculaire ou plutôt peuvent constituer une de ses formes. Mais, en général, ils sont plus étendus et envahissent un membre dans sa totalité ou même tout le corps. La peau prend le plus souvent une coloration rouge ou bleue, mais elle peut rester blanche. (Gilles de la Tourette: *Traité de l'hystérie*).

Les hystériques manifestent souvent une hyperesthésie musculaire toute particulière. La pression ou même un léger grattage du muscle fait faire des contorsions à la malade, lui fait jeter des cris, et quelquefois même provoque une attaque d'hystérie (Huchard: *Traité des névroses*). L'absence de lésions palpables et l'excès même de la dou-

leur ne permettront pas une confusion avec le rhumatisme musculaire.

Nous avons déjà parlé longuement du rhumatisme musculaire symptomatique de maladies viscérales, de sorte qu'au point de vue du diagnostic, nous n'avons besoin que de rappeler la possibilité de ce phénomène. D'une façon générale, il faut bien se rappeler, quand on rencontre une infiltration musculaire, que, à moins qu'elle ne soit une manifestation de l'infection rhumatismale, elle est presque toujours, peut-être toujours, symptomatique d'une maladie constitutionnelle ou viscérale. On ne trouve pas toujours la cause, comme dans le cas de Senator (Obs. III, chap. XII). Ce n'est pas une raison pour qu'elle n'existe pas.

Nous ne ferons pas un chapitre spécial d'*étiologie*, parce que nous ne pourrions que répéter ce que nous avons dit précédemment. Un point tout spécial nous reste seulement à traiter : c'est l'influence du refroidissement et de l'état hygrométrique sur l'exacerbation des douleurs dans le rhumatisme en général, et dans le rhumatisme musculaire en particulier. Cette influence est incontestable, quoique son explication n'ait pas encore été trouvée. La seule tentative d'étude détaillée de ce phénomène que nous connaissions a été publiée dans le *Scottish Medical and Surgical Journal* (sept. 1898), par M. Miller. Nous reproduisons ses conclusions à titre de curiosité. La douleur du rhumatisme musculaire, dit-il, commence ou augmente.

1° Avant un changement de temps.

2° La douleur correspond souvent à une baisse baromé-

trique, mais quelquefois à une hausse quand le vent vient du nord ou de l'est.

3° La douleur peut disparaître quand il commence à pleuvoir ; la pluie n'est donc pas la cause des douleurs.

4° Les brouillards sont souvent une cause de douleur.

5° Les vents de l'est peuvent avoir le même effet, même sans brouillard.

6° La douleur peut disparaître quand il fait froid, si le temps est sec.

Miller a eu la précaution d'ajouter que ces règles ne sont peut-être applicables que pour le climat d'Edinburgh.

CHAPITRE XIV

Pronostic et traitement du rhumatisme musculaire

La multiplicité des formes et des causes de cette affection rend nécessaire une grande diversité dans les méthodes de traitement. Parlant du rhumatisme musculaire essentiel, symptomatique d'une infection rhumatismale, nous avons déjà dit qu'une incision du muscle malade peut être indiquée pour soulager le malade. Il sera toujours nécessaire d'administrer le salicylate de soude pour prévenir les complications cardiaques possibles. Cette forme de rhumatisme musculaire ne semble pas avoir grande tendance à devenir chronique, de sorte qu'on n'aura pas à se préoccuper d'un traitement ultérieur.

Dans la forme de rhumatisme musculaire qui est consécutif à un surmenage local, il est tout naturel que la cessation de ce surmenage soit indispensable pour la guérison. Dans les cas aigus, ceux, par exemple, qui sont causés par une marche prolongée, la guérison arrive sans intervention au bout d'un temps plus ou moins long, dépendant de la prédisposition plus ou moins rhumatismale du sujet.

Le massage des muscles fatigués hâtera toujours cette guérison. Dans les cas chroniques, où l'œdème est arrivé à l'état d'induration, un traitement prolongé sera toujours nécessaire. Il aura d'autant plus de succès que le système nerveux aura pris une moindre part dans le développement des symptômes. Nous reviendrons tout à l'heure sur le traitement de callosités musculaires qui est indépendant de leur origine.

Dans nos troisième et quatrième classes de rhumatisme musculaire, celle où le système nerveux est directement responsable des œdèmes et des indurations, c'est toujours le traitement de la cause première, de la diathèse ou de la maladie viscérale, qui aura la plus grande importance. Nous ne pouvons exposer ici le traitement général de la diathèse neuro-arthritique. Mais nous parlerons avec quelques détails du traitement local.

L'œdème rhumatismal ou névropathique aigu peut disparaître sans intervention ou passer à l'état d'induration. Dans ce dernier cas, le traitement est toujours long, souvent ingrat. Il est donc utile de traiter l'œdème à son état aigu, d'une façon efficace. La chaleur humide et le massage sont les meilleures méthodes. Le massage, dans ce cas, doit être léger. L'effleurage de la région malade en est la meilleure forme.

Les indurations et les callosités musculaires sont bien plus difficiles à guérir. Il y a même des cas qui sont absolument réfractaires à n'importe quel traitement, ce qui se comprend aisément, quand on sait que l'exsudation séreuse, est toujours combinée avec une formation de

tissu embryonnaire qui peut se transformer dans un tissu fibreux à mailles très serrées.

Le succès dépend surtout de l'âge de l'infiltration et du malade. Dans les cas qui ne sont pas trop anciens, on arrive à une guérison complète; dans les autres, on arrive au moins, par un traitement énergique et prolongé, à faire diminuer le gonflement et à soulager le malade.

Le choix des méthodes pour le traitement local est assez considérable. Nous n'avons d'expérience personnelle que du massage. Oppolzer recommande en première ligne des frictions avec des pommades mercurielles et iodées ou à l'oxyde noir de cuivre. On recouvre la partie malade avec un morceau de taffetas gommé après chaque friction.

En dehors de ces frictions, on doit, selon Oppolzer, essayer la chaleur humide, des bains de boue, des douches, des révulsifs, de la faradisation.

Le massage est incontestablement le traitement le plus efficace. Il devra être plus ou moins énergique, selon le cas. S'il y a des varices ou de la périphlébite, il faut procéder avec précaution.

La forme du massage varie avec la région malade. Il est impossible de fixer des règles générales. Cela est plutôt une affaire de goût et de tâtonnement. Chaque masseur préconise toujours sa méthode à lui. La vérité est que, si l'on procède méthodiquement, on arrive à des résultats avec toutes les différentes formes de massage. Dans les cas anciens, à forme torpide, on est souvent obligé de procéder avec quelque violence, au risque de réveiller les douleurs, de rendre le processus aigu. La résorption semble se faire plus facilement après ce retour à l'état aigu.

[Faint handwritten notes or bleed-through from the reverse side]

CRUVEILHIER. — *Mémoire sur l'ulcère simple de l'estomac* : Arch. gén. de Méd., 1836.

DAVAINE. — *Étude sur le rhumatisme*, Thèse 1879.

DELASSUS. — (Voir thèse de Colmaire.)

DIEULAFOY. — *Manuel de Pathologie Interne*, tome I, p. 197.

EBSTEIN. — *Handbuch der prakt. Med.*, Art. Chlorose, 1898.

— *Sur la localisation et quelques particularités de l'œdème cutané dans un cas de néphrite diffuse* ; Arch. f. path. Anat. u. Phys., CLV, 3.

EICHHORST. — *Handbuch der spec. Path. u. Ther.* Art. Angina pectoris.

ERBEN. — *Klinische Untersuchungen über Muskelrheumatismus*, 1898.

FAISANS. — *Des hémorrhagies cutanées liées à des affections du système nerveux et en particulier du purpura myélopathique* ; Thèse, 1882.

FÉRÉOL. — *Des nodosités cutanées, éphémères, chez les arthritiques* ; comptes rendus de la septième session pour l'avancement des sciences, 1877.

FOURNIER. — *Traité de la syphilis* ; Art. Pseudo-rhumatisme syphilitique, 1899.

FRORIEP. — *Die rheumatische Schwielen*, 1834.

GILLES DE LA TOURETTE. — *Traité de l'hystérie* ; Art. œdèmes hystériques.

GOWERS. — *A manual of diseases of the nervous system*, 1886, p. 85.

GRISOLLE. — *Traité de pathologie interne*, 1865.

HAYEM. — Art. Pathologie musculaire du Dict. Enc. des Sc. Méd., 1877.

HEAD. — *On disturbance of sensation with special reference to the pain of visceral disease*, The Brain, 1893, 1894.

HENSCHEN. — *Om akut hjärtdilatation* ; Upsala, 1898.

— *Skrifvarekrampens patogènes* ; Ups. läkaref. Förh. XXIII.

HOFFMANN F. A. — *Lehrbuch der Konstitutionskrankheiten*, 1893.

HUCHARD. — *Traité clinique des maladies du cœur et de l'aorte*, 1899. Art. Angine de poitrine.

HUCHARD. — *Les Précordialgies*. — Rev. gén. de Clin. et de Thér. 1893.

- JACCOUD. — *Traité de Pathologie interne*, — Art. *Rhumatisme musculaire*, tom. III, 1883.
- JAMIESON. — Cité par Joseph.
- JANNOT. — *De l'Hémi-Hypéresthésie neuro-musculaire*, — Thèse 1899.
- JOSEPH MAX. — *Ueber acutes umschriebenes Haut-œdem.* — *Berl. Klin. Woch.* 1890. 4-5.
- JOSEPHSON. — *Om den manuella behandlingen af gynäkologiska lidanden*, Stockholm, 1891.
- JUVENTIN. — *Le massage appliqué au traitement des maladies par ralentissement de la nutrition*, 1897.
- KADER. — *Das Caput obstipum musculare.* — *Beiträge zur Klin. Chir.* 1896.
- KLEEN. — *Handbok i Massage*, p. 76, Stockholm, 1891.
- KJELLBERG. — *Om myiter ock celluliter på balen*, Eira, 1898.
- KREISS. — *Ein Fall von primärer schwieriger myositis der Wadenmuskeln*, *Berl. Klin. Woch.* 1886.
- KUSSNER. — *Ueber hydropische Auschwellungen unklaren Ursprunges.* — *Berl. Klin. Woch.* 1889.
- LANCERAUX. — *Traité de l'herpétisme*, 1883.
- *Traité d'anatomie pathologique*, Art. *Hydropisies névropathiques.*
- LAQUER. — *Ueber acute, intermittirende mono-myositis interstitialis.* — *Deutsche Med. Woch.* 1896.
- LANNELONGUE. — *Leçons sur la tuberculose vertébrale*, p. 202, 1888.
- LEJARS. — *Myosite ossifiante.* — *Traité de chirurgie.*
- LEUBE. — *Beiträge zur Pathologie des Muskelrheumatismus*; — *Deutsche Med. Woch.* 1894.
- MACKENZIE JAMES. — *Some points bearing on the association of sensory disorders and visceral disease.* — *The Brain*, 1893.
- MACKINTOSH. — « Heart-pain ; » *The Scottish medical and Surgical journal*, sept. 1898.
- MATHIEU. — *Œdème rhumatismal (pseudo-lipôme) symétrique des membres inférieurs et de l'abdomen.* — *Sciâtique double.* — *Arch. gén. de méd.*, 1885.
- MATHIEU et VEIL. — *Etude sur certains œdèmes névropathiques.* — *Arch. de Méd.*, 1885.

- MERKLEN. — *Artériosclérose et asystolie irréductibles*. — *Revue gén. de Clinique et de Thér.*, 17 mars 1900.
- MILROY. — *An undescribed variety of hereditary Oedema*. — *The New-York med. journ.*, 1892.
- MONNERET. — *Traité de pathologie interne*, 1865. Art. *Rhumatisme musculaire*.
- MONRO. — *A case of sympathetic pain*. — *The Brain*, 1895.
- MORROW. — *Symmetrical areas of solid oedema occurring in Graves's disease*. — *Brit. journ. of. Dermat.*, juillet, 1899.
- MOULIN. — *Des manifestations rhumatoïdes du surmenage*. — Thèse de Lyon, 1898.
- NORSTRÖM. — *Traité du massage*, 1891.
- OPPOLZER. — *Ueber Muskelschwiele*. — *Allg. Wiener med. Zeit.* 1861.
- PETRÉN. — *Om nevrasthenien ; Eira*, 1899.
- PETER. — *Leçons de clinique médicale*, 1879.
- POTAIN. — *Anasarque de cause nerveuse*. *Gaz. des hôp.*, 1882.
- QUINCKE. — *Ueber acutes, umschriebenes Hautödem ; Monatsheft, für prakt. dermat.*, 1882.
- RAYMOND. — *Clinique des maladies du système nerveux*, tome I, p. 586, tome II, p. 422.
- RENDU. — Art. *goutte dans le Dict. encycl. des sc. méd.*, 1877.
- RISSE. — *Polymyositis acuta und acuter Gelenkrheumatismus*. — *Deutsche med. Woch.*, 1897.
- ROBIN ET LONDE. — *Torticolis et Lumbago d'origine articulaire et rhumatismale*. — *Revue de méd.*, 1894.
- SENATOR. — *Ueber einige Muskelerkrankungen*. — *Bert. Klin. Woch.*, 1899, 17 juillet.
- STAPFER. — *Cellulite et myo-cellulite localisée douloureuse*. — *Ann. de gynec. et d'obstét.*, 1893.
- STARR A. — *Localized transient oedema*, *New-York med. Journal*, 1892.
- STRANDGAARD. — *Gikt og urinsur diathese*, *Kjøbenhavn* 1899, pp. 58, 70.
- STRUBING. — *Zu dem acuten angeioneuropatischen oedema*. — *Deutsche Zeitschrift für Klin. med.*, Bd. IX.
- SWAN. — *Rhumatic torticolis*. — *Phil. polycl.* 1898.
- TESTELIN. — *Des œdèmes dans la diathèse arthritique*. — Thèse, 1884.

TROISIER ET BOCQ. — *Les nodosités sous-cutanées éphémères et le rhumatisme. Rev. de méd.*, 1881.

WEILL. — *Contribution à l'étude clinique des œdèmes périphériques d'origine nerveuse. Thèse* 1883.

ZIEMSEN. — *Handb. der sp. path. u. ther.* Bd. XIII, 1.

CONCLUSION

Si maintenant nous essayons, dans une vue d'ensemble, de résumer ce travail, nous dirons que le rhumatisme musculaire, diagnostic dont on a largement abusé et qui, à cause de cela, est tombé ensuite dans un oubli immérité, est encore utile à conserver pour désigner :

1° Les déterminations musculaires de l'infection rhumatismale, qui sont indépendantes des lésions articulaires ;

2° Des infiltrations et indurations musculaires aiguës et chroniques produites par le surmenage local ;

3° Des œdèmes circonscrits, aigus ou chroniques (indurés) d'origine névropathique, et qui sont une des causes les plus fréquentes des douleurs dont souffrent les personnes en possession de la diathèse arthritique et rhumatismale ;

4° Des œdèmes aigus ou chroniques, d'origine névropathique, et symptomatiques de maladies viscérales.

Vu, le Doyen :

P. BROUARDEL.

Vu :

Le Président de Thèse,
RAYMOND.

Vu et permis d'imprimer :

Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,
GREARD.

